

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**“Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:
uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein”**

Nara Helena Lopes Pereira da Silva

Orientadora: Professora Doutora Carmen Lucia Cardoso

Co-orientadora Professora Doutora Angela Ales Bello

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Apoio: FAPESP e CAPES.

Versão corrigida. Original disponível na FFCLRP.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Nara Helena Lopes Pereira da
Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma
compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein.
Ribeirão Preto, 2011.

210 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Dep. de Psicologia e Educação.

Orientadora: Lúcia Cardoso, Cármen.

Co-orientadora: Ales Bello, Angela.

1. Saúde Mental. 2. Saúde da Família.
3. Fenomenologia. 4. Edith Stein. 5. Atenção Primária à Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SILVA, Nara Helena Lopes Pereira da
Título: Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título do Doutor em Ciências. Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Ao Klaus, pelo constante e fiel apoio e pelas muitas e inesquecíveis caminhadas filosóficas
À minha comunidade de base, minha família
A todos que de alguma maneira se reconhecem como parte deste trabalho....*

AGRADECIMENTOS

À FAPESP, pelo incentivo à pesquisa e a abertura às novas possibilidades do conhecimento científico brasileiro

À CAPES, pelo incentivo à troca e intercâmbio cultural e científico, sobretudo pelo apoio no doutorado sanduíche realizado na Itália

À Universidade de São Paulo e todos os seus representantes, por toda estrutura oferecida ao longo desses anos para uma formação séria e comprometida

À Pontificia Università Lateranense di Roma e seus representantes, que me acolheram por um ano para a realização do doutorado Sanduíche em Roma

À minha orientadora, Carmen Lucia Cardoso, que proporcionou diversos momentos de aprendizado, discussões e reflexões acerca do que vem a ser a atuação do psicólogo, incentivando novos caminhos e descobertas

À minha coorientadora, Angela Ales Bello, disponível em todos os momentos, que me mostrou a grandeza e profundidade do pensamento de Husserl e Stein e que ensina não apenas nas aulas, mas, especialmente, nas atitudes práticas e no contato humano

À professora doutora irmã Jacinta Turolo pela atenção e cuidado oferecidos durante minha estadia em Roma

Às professoras Patrizia Manganaro e Anna Maria Pezzella, pela disponibilidade e pelo exemplo de ensino orientado para a prática durante as aulas e encontros realizados na Itália

Ao Centro de Pesquisas Fenomenológicas de Roma e seus participantes, Itália, no qual pude aprender com a seriedade dos pesquisadores interessados em aprofundar na fenomenologia

Aos Núcleos de Saúde da Família e, principalmente, aos entrevistados, que viabilizaram o diálogo entre a fenomenologia e as práticas de saúde mental na atenção primária à saúde.

A todos que se fizeram presentes e que me auxiliaram ao longo deste percurso



Foto pessoal da janela do Carmelo com a imagem de Edith Stein e rosas. Karmel von Köln / Alemanha (16/02/2010)

O ser do homem é corpóreo vivente, animado e espiritual. Enquanto homem por essência é espírito, com a sua vida espiritual sai de si, sem deixar si mesmo, para um mundo que se abre a ele. [...] ele «respira» a sua essência de modo espiritual, expressando-a inconscientemente: é também pessoalmente-espiritualmente ativo. A alma do homem enquanto espírito se eleva acima de si mesma na sua vida espiritual. Mas o espírito do homem é condicionado do alto e de baixo: é afincado em sua estrutura material, que o anima e forma, dando a sua forma corpórea.

A pessoa humana porta e compreende o «seu» corpo e a «sua» alma, mas ao mesmo tempo é portada e compreendida por estes. A sua vida espiritual se eleva de uma profundidade escura, como uma chama de vela que brilha, mas que é alimentada por uma matéria que por si só não brilha. Brilha sem ser inteiramente luz: o espírito humano é visível por si, mas não é completamente transparente; pode iluminar outras coisas, mas não pode penetrar nelas perfeitamente. [...] por meio da sua luz interior ele conhece a sua vida presente e muitas coisas sobre aquela que há um tempo era a sua vida presente, mas o passado é pleno de lacunas, os adventos podem ser previstos nas suas particularidades somente com certa probabilidade, mais do que isso é indeterminado e incerto, mesmo se esta indeterminação e incerteza sejam compreensíveis; a origem e o fim são inacessíveis.



Foto pessoal do campo de concentração e rosa dedicada à Edith Stein. Auschwitz-Birkenau / Polónia (18/02/2010)



Foto extraída pessoalmente do painel sobre a vida de Edith Stein. Edith Stein Haus – Breslau / Polónia (19/02/2010)

[...] E a vida presente, que é certa, imediatamente é o preenchimento fugaz de um átimo, que subitamente se distancia e escapa. A inteira vida consciente não se identifica com «meu ser», assemelha-se a uma superfície iluminada de um abismo escuro, que se manifesta por meio desta superfície. Se desejamos entender o ser pessoa do homem, devemos buscar penetrar nesta profundidade escura. (STEIN, 1999a, p. 386-387, tradução nossa)

RESUMO

SILVA, N. H. L. P. **Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein.** 2011. 210 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O incentivo ao desenvolvimento de ações de saúde mental direcionadas aos territórios e às comunidades é uma política mundial atual, resultante de transformações originárias da superação de modelos asilares. No Brasil, intensas mobilizações sociais provocaram aberturas para novas ações e políticas no âmbito da saúde mental. No que tange à atenção primária, a Estratégia Saúde da Família, visa à revisão de conceitos e práticas, ao incluir a possibilidade de ações que abarquem o cultural e as relações entre as pessoas. Neste contexto, o objetivo do presente trabalho foi compreender a saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de uma leitura fenomenológica. Temos, portanto, como referencial para análise a fenomenologia clássica pautada pelos estudos de E. Husserl e E. Stein. Realizamos dezoito entrevistas abertas, sendo, doze com profissionais de duas equipes de Saúde da Família e com três usuários em sofrimento psíquico e seus familiares, vinculados às respectivas unidades. Solicitamos que cada participante descrevesse suas vivências de saúde mental, a partir da instrução norteadora “Você pode me contar um pouco sobre suas experiências de saúde mental?” As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e analisadas de acordo com a perspectiva adotada. Para o aprofundamento da análise, selecionamos oito entrevistas, considerando o envolvimento dos participantes e a riqueza dos conteúdos. Dividimos a análise em duas etapas: na primeira, foi realizada uma descrição sintética dos relatos individuais, sinalizando alguns elementos centrais que se revelaram a nós. Mantivemos a ordem temporal das falas, no intuito de evidenciá-las, evitando repetições e mostrando os recortes selecionados por meio de transcrições literais. Na segunda etapa, confrontamos tais relatos com os fundamentos da fenomenologia de Stein, especificamente, fizemos uma análise fenomenológica a partir das noções de indivíduo e de comunidade, procurando problematizar três aspectos: a vivência comunitária como potencialidade presente na ESF; a equipe de Saúde da Família enquanto Comunidade; por fim, a ESF enquanto Comunidade Estatal. Tal percurso de análise revelou um importante caminho de discussão e compreensão da Saúde Mental na ESF no que diz respeito ao cuidado às comunidades, à constituição da equipe, ao papel desta enquanto representante do Estado. Desvelamos necessidades e potencialidades, como a importância de estabelecermos relações entre sujeitos, pautadas pelo respeito, pela liberdade e pela solidariedade e a legitimação da singularidade como uma característica inerente ao ser humano. Além disso, sinalizamos as contribuições da fenomenologia para as práticas e ações neste contexto, como a *epoque* fenomenológica, as fundamentações acerca do ato de empatia, da vivência comunitária, da constituição dos valores e da formação da pessoa. Apontamos a necessidade de uma abordagem que legitime a dupla face do ser humano nos aspectos de individualidade e de comunidade, no ideal fenomenológico de Homem e de Comunidade, que expresse a potencialidade de um autêntico amor próprio e um autêntico amor ao próximo, superando, assim, as lógicas individualistas, assistencialistas e dicotômicas, que generalizam e discriminam as diversidades existentes nas experiências humanas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Saúde da Família; Fenomenologia.

ABSTRACT

SILVA, N. H. L. P. **Mental Health in the Family Health Strategy: an comprehension based on the Phenomenology of Edith Stein.** 2011. 210 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The incentive to development of mental health actions directed to local communities is a worldwide tendency, started as a result of changes from the overcoming of traditional asylum model. In Brazil, massive mobilizations caused openings for new actions and policies within the mental health. Regarding the primary health care, the Family Health Strategy aims to review concepts and practices when it includes the possibility of actions that cover the cultural and interrelationship aspects. In this context, the objective of this study was to understand mental health in the Family Health Strategy (FHS) from a phenomenological reading. We have, therefore, the classic phenomenology as a reference for the analysis ruled by the studies of E. Husserl and E. Stein. Eighteen open interviews were conducted, twelve with professionals from two Family health teams and three with users in psychological distress and their families, always linked to the respective units. We asked for each participant to describe their experiences of mental health from the statement "Can you tell me a little about their experiences of mental health?" The interviews were audio-recorded, transcribed and analyzed according to the perspective adopted. For further analysis, we selected eight interviews, considering the involvement of participants and the richness of content. The analysis was divided by two stages: first, we performed a brief description of the individual stories, signaling some core elements that have been revealed to us. We maintained the temporal order of the speeches with the aim of highlighting them, avoiding repetitions and showing the cutouts selected by means of literal transcriptions. In the second step, these stories were confronted with the essentials of Stein's phenomenology, specifically starting from a phenomenological analysis of the notions of individual and community, seeking to investigate three aspects: a community experience and potentiality in this FHS, the Family Health Team as a Community and finally, the FHS as a Community State. That path analysis revealed an important way of discussion and comprehension about Mental Health in the FHS regarding the care to the communities, the formation of team and the role of this team as a representative of the state. Needs and potentialities were revealed, such as the importance of establishing relations between subjects, guided by respect, freedom, solidarity and for the legitimization of the singularity as an inherent characteristic of the human being. Furthermore, we have indicated the contributions of phenomenology to the practices and actions in this context, as the phenomenological epoche, the foundations about the act of empathy, community experience, the values of the constitution and formation of each one of us. It was emphasized the need for an approach that legitimizes the double aspect of human being: the individuality and the community, based on the phenomenological ideal of Man and the Community, which expresses the potentiality of an authentic self-love and true love to the next, overcoming thus the logical individualistic, the welfarism and the dichotomy, that generalize and discriminate the diversities that exist in human experience.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Family Health; Phenomenology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
<i>Justificativa, Objeto de Estudo e Delimitação do Caminho</i>	20
1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	22
1.1 <i>Estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS): a Saúde enquanto direito e cidadania</i>	23
1.2 <i>A Saúde na Atenção Primária: a Estratégia Saúde da Família</i>	26
1.3 <i>A Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família</i>	31
2 O CAMINHO PARA AS ESSÊNCIAS: FENOMENOLOGIA DE EDITH STEIN	36
2.1 <i>A vida de Edith Stein</i>	36
2.2 <i>Princípios constitutivos do método fenomenológico</i>	40
2.3 <i>A constituição do ser humano em corpo, psique e espírito</i>	46
2.4 <i>A constituição do ser humano: alma e caráter</i>	51
2.5 <i>A constituição do ser humano na alteridade: empatia, comunidade e Estado</i>	56
2.5.1 <i>Empatia</i>	57
2.5.2 <i>Comunidade</i>	61
2.5.3 <i>Comunidade de Poyo e Estado</i>	67
3 MUNDO NATURAL: O NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SELECIONADO	73
3.1 <i>Considerações Éticas</i>	73
3.2 <i>Objetivo</i>	73
3.3 <i>Contexto do estudo</i>	74
3.4 <i>Constituição do corpus</i>	75
3.5 <i>Participantes</i>	75
3.6 <i>Análise do corpus</i>	77
4 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA	79
4.1 <i>Descrição sintética das experiências relatadas</i>	79
4.1.1 <i>Vanessa: médica da Saúde da Família</i>	79
4.1.2 <i>Marília: esposa e cuidadora de Maurício</i>	83
4.1.3 <i>Maurício: usuário com sofrimento psíquico</i>	88
4.1.4 <i>Fabiano: supervisor de psiquiatria</i>	92
4.1.5 <i>Vitória: agente comunitária de saúde</i>	97
4.1.6 <i>Mário: coordenador da unidade</i>	102
4.1.7 <i>Aline: agente comunitária de saúde</i>	110
4.1.8 <i>Valéria: enfermeira</i>	115
4.2 <i>Indivíduo e Comunidade</i>	120
4.2.1 <i>A vivência comunitária como potencialidade presente na ESF</i>	121
4.2.2 <i>Equipe da Saúde da Família enquanto Comunidade</i>	146
4.2.3 <i>Equipe da Saúde da Família enquanto Comunidade Estatal</i>	162
5 DISCUSSÃO	178
5.1 <i>Contribuições da fenomenologia para uma compreensão da Saúde Mental na ESF</i>	179
5.2 <i>Contribuições da fenomenologia de Stein para a psicologia na atenção primária</i>	190
5.3 <i>Síntese do percurso</i>	198
REFERÊNCIAS	201

INTRODUÇÃO

A atenção primária no Brasil é um dos níveis do Sistema Público de Saúde que possibilita a construção de concepções e de práticas inovadoras sustentadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção de cidadania, responsabilidade e satisfação das necessidades das pessoas, o que constitui um importante espaço para a realização de práticas mais horizontais. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua vez, reafirma os princípios e diretrizes do SUS e tem como desafio a reorientação das práticas em saúde, de forma integral e contínua.

Na cidade de Ribeirão Preto, local de realização do estudo, formaram-se cinco equipes de Saúde da Família, num convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde, em meados do ano 2000. Em 2001, iniciei a atuação enquanto estagiária de psicologia em um desses núcleos (2001-2004), sob a supervisão da professora e orientadora Doutora Cármen Lúcia Cardoso, quando realizei atividades de observação participante da rotina da equipe, grupos semanais com agentes comunitários, visitas domiciliares, com o objetivo de dialogar sobre novos paradigmas em saúde e sobre a estruturação de grupos de promoção de saúde na comunidade. Nossa pergunta norteadora era “o que” e “como” pensar o fazer psicológico enquanto uma prática promotora de saúde e não apenas centrada na doença.

A partir dessas experiências, percebemos dificuldades encontradas na atenção a populações vulneráveis, entre elas, pessoas portadoras do HIV/AIDS referentes, sobretudo, às barreiras, aos preconceitos e aos tabus relacionados às singularidades e ao tema da sexualidade. Neste contexto se configurou meu estudo de mestrado (2004-2006), cuja conclusão nos mostrou a relevância de refletir sobre as concepções dos agentes comunitários de saúde no que se refere ao cuidado de pessoas portadoras do HIV/AIDS. Nossa proposta foi refletir sobre como tais fatores repercutiam nas ações e intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Durante a execução da pesquisa, tivemos contato com as outras quatro equipes de Saúde da Família e, por diversas vezes, os profissionais solicitaram o desenvolvimento de ações e de sistematizações referentes à saúde mental na atenção primária, tema este que também envolve preconceitos e vulnerabilidades, discriminação e estigmatização. A partir das pesquisas na área e da prática com as equipes, constatamos a necessidade de olhar para o ser humano existente, anterior ao diagnóstico

médico. Nesse sentido, nosso caminho se direcionou para as possibilidades de construção de projetos entre comunidades e equipe, para além da dicotomia saúde/doença, do preconceito e da discriminação, configurando o presente trabalho. O objetivo deste estudo é, portanto, compreender a saúde mental na Estratégia Saúde da Família e para tal foi utilizado como referencial teórico a fenomenologia de Edith Stein. O estudo desta filósofa apresenta-se como uma possibilidade de leitura desta realidade, uma vez que Stein nos auxilia no reconhecimento de pontos essenciais da estrutura humana, tanto na perspectiva subjetiva da pessoa, quanto na dimensão intersubjetiva.

Fenomenologicamente, dizemos que o fenômeno se mostra a nós e, em sua opacidade, ele nos convida a um desvelar intencional. Durante a execução deste trabalho, por diversas vezes o tema da saúde mental nos envolvia, ainda que, inicialmente, de forma intuitiva e acrítica. O objeto parecia apresentar-se a cada leitura, entrevista, visita, relação com o outro, pessoa ou objeto, em diferentes prismas, mobilizando o interesse por compreender, de modo genuíno, a saúde mental na atenção primária e a pensar no fazer psicológico, enquanto psicóloga, voltado às práticas não centradas apenas na doença.

Nesse processo, o encontro com o método fenomenológico e com a filosofia de Stein possibilitou outras vivências e ressignificações que ressoavam como novos olhares, que até então, em geral, pouco compõem o repertório dos temas estudados por mim, enquanto psicóloga. Foi necessário abandonar teorias pré-determinadas, olhar para as coisas mesmas, desconstruir conceitos e perceber a existência de um mundo dado, objetivo, natural, uma natureza material que se apresenta e se configura por meio da singularidade de cada pessoa. Este mundo natural nos atinge e nos conduz à abertura para o que é transcendente. Com o aprofundamento nos estudos fenomenológicos de Husserl e Stein foi possível fixar o olhar para a existência de uma dimensão corpórea vivente e psíquica. Além destas dimensões, de nossos instintos, pulsões e emoções, existe uma dimensão espiritual, reflexiva, que dá sentido e significação para as coisas, que é livre para desejar e agir. Foram necessários momentos de abertura interna e externa, que provocaram o olhar para a subjetividade, singular, e para cada uma das esferas da estrutura do ser humano, corpórea, psíquica e espiritual. Na globalidade desta estrutura, identificamos a existência de uma força vital, que impulsiona para a intencionalidade do ato. A definição de *força* de Edith Stein foi fundamental para a compreensão da psique em sua objetividade, isto é, para podermos olhar a psique como algo dado que aos poucos se revela a nós que buscamos os sentidos existentes. Encontramos nesta psique uma *força vital*, que pode emergir da natureza dada, material e que apreendemos por meio da sensibilidade, como por exemplo, uma paisagem ou uma leitura que nos atinge

profundamente. Pode emergir da alma, de uma condição pessoal originária, que é a força do *eu* vinda do si mesmo. Podemos buscá-la também na intersubjetividade espiritual, que acontece a partir da relação com o outro. Podemos reconhecer o outro como outro ser humano e viver analogamente aquilo que cada um vive, podemos sentir juntos, mas jamais sentir como o outro, que é único. Ao olharmos o outro e sermos olhados, olhamos também a nós mesmos, reconhecendo-nos ou diferenciando-nos. A intersubjetividade se revela, portanto, fundamental para o autoconhecimento e para a autoavaliação. A identificação desta força e desta intersubjetividade constitutiva estruturada em corpo, psique e espírito, promoveu os passos iniciais para a compreensão da fenomenologia de Stein.

A realização do doutorado sanduíche na Itália, junto com a professora e coorientadora Angela Ales Bello, possibilitou a vivência daquilo que Stein define acerca das relações humanas. Partimos da empatia, pudemos reconhecer diferenças e semelhanças humanas corpóreas, psíquicas e espirituais, chegando à experiência comunitária, presente, principalmente, nos grupos e aulas de fenomenologia, em que cada um, com sua singularidade, pode se expressar e contribuir para o desenvolvimento espiritual da totalidade. Aqui está a essência da vida comunitária, como o respeito às singularidades, à solidariedade e à possibilidade de todos contribuírem responsabilmente para o crescimento singular e coletivo. Stein afirma que o desabrochar da alma depende também das condições externas que são oferecidas e, nesse sentido, as vivências experimentadas em espaços comunitários, no sentido fenomenológico acima descrito, pode favorecer a formação do caráter, no qual encontramos a possibilidade de uma formação genuína, do expressar da alma no mundo externo. Estes temas são de grande relevância para pensarmos as ações na Saúde da Família que objetivam o desenvolvimento de projetos existenciais, voltados às singularidades e especificidades humanas, de forma a contribuir para o bem estar e o desenvolvimento da comunidade humana.

A partir deste percurso pessoal, singular, desejamos compartilhar algumas compreensões desveladas acerca da saúde mental na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva da fenomenologia de Edith Stein. Para tal, partimos da atitude fenomenológica, na qual nunca é possível desvelar plenamente as essências. Nossa proposta, portanto, é realizar um convite para dialogarmos sobre as questões do cuidado humano enquanto uma atitude de compreensão integral da Pessoa.

Justificativa, Objeto de Estudo e Delimitação do Caminho.

A saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹ é uma temática delicada, que envolve tanto questões de direitos humanos, de cidadania, de inclusão social, do respeito às diversidades, quanto de promoção de saúde coletiva, da construção de redes sociais, de comunidades, do acompanhamento no decorrer da vida, entre outros. Um dos focos principais do trabalho das equipes de Saúde da Família, para além de uma visão positivista centrada na cura e no tratamento da doença, é o desenvolvimento das famílias e das relações humanas. Estamos, portanto, falando de subjetividade, de intersubjetividade e de alteridade.

O objetivo central deste estudo é compreender a saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de uma leitura fenomenológica. Desejamos colocar tal objetivo em evidência, descrevê-lo e dialogar com os referenciais desvelados pela fenomenologia de Edith Stein e com as vivências singulares obtidas nas entrevistas. Queremos compreender as facetas que se expressam, na tentativa de entender a saúde mental em uma dimensão genuína do ser humano. Para isso, buscamos um diálogo entre filosofia e saúde, voltamos nossos olhares para as essências, para as características que aparecem necessariamente, universalmente e fundamentalmente no que se refere à estrutura do ser humano. Precisamos, portanto, encontrar um caminho que nos auxilie a atingir nossas metas. Para tal, escolhemos o método fenomenológico proposto por Edmund Husserl (1859-1938), e especialmente, a fenomenologia de Edith Stein (1891-1942). As obras desta filósofa oferecem subsídios para a compreensão da estrutura humana, sinalizando-nos aspectos essenciais da constituição da pessoa, da subjetividade e da alteridade, bem como das relações humanas, como comunidade, sociedade e Estado.

O percurso foi dividido em cinco seções. Na primeira seção (1), apresentamos os contextos deste estudo, o sistema de saúde brasileiro, as diretrizes e os pressupostos da atenção primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família e nas políticas de saúde mental; a segunda (2), visa apresentar os referenciais teóricos que podem nos auxiliar no campo da saúde no que diz respeito à estrutura humana, subsídios esses desvelados a partir da fenomenologia de Edith Stein. A terceira seção (3) constitui-se na definição dos objetivos e

¹ Segundo o Ministério da Saúde (2011) a ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, de prevenção, de recuperação, de reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde das famílias desta comunidade no decorrer da vida.

percursos metodológicos. Na quarta seção (4), realizamos, inicialmente, uma descrição das principais experiências relatadas nas entrevistas com as pessoas das áreas de abrangência de dois núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Brasil. Tais entrevistas revelaram-nos as expressões vivenciais presentes no contexto sobre: *Como é a sua experiência de saúde mental? Quais são suas vivências de saúde mental?* Em seguida, confrontamos as conceituações apresentadas pela antropologia fenomenológica de Stein com as descrições das entrevistas realizadas, com a finalidade de aproximá-las no que se refere à questão da Comunidade, que se revelou fundamental para o tema em discussão. Buscamos, dessa forma, ilustrar e clarificar a relação indivíduo e comunidade desvelada pela fenomenologia, problematizando potencialidades e necessidades do contexto da Estratégia Saúde da Família. Por fim, a última seção (5) constitui-se em uma discussão sobre a importância de se buscar compreensões ampliadas acerca do ser humano na atenção à saúde mental na ESF, evidenciando as contribuições da fenomenologia de Stein para a Saúde e, também algumas reflexões para a Psicologia na atenção primária, no que se refere a uma compreensão global do ser humano. Esperamos sinalizar uma possível leitura da saúde mental na atenção primária com ênfase na essência da pessoa, em prol de uma visão integral do ser humano, que favoreça a construção conjunta de projetos existenciais comunitários na Saúde da Família, preservando as singularidades, a vivência comunitária e o desenvolvimento das potencialidades humanas.

1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A realização de um estudo fenomenológico implica antes de tudo suspendermos todos os conceitos e conhecimentos existentes, olhando para o fenômeno a partir de si mesmo, fixando a atenção para o que se revela dele. Porém, antes de entrarmos propriamente no terreno fenomenológico, vamos fazer uma descrição geral do nosso objeto de estudo e uma aproximação com as produções acerca da saúde mental, dos pressupostos e das diretrizes que nos informam sobre o estado atual das políticas brasileiras de saúde. Queremos apresentar diretrizes, pressupostos e estudos da área para, posteriormente, revelarmos o terreno fenomenológico e os subsídios filosóficos que fundamentam nossa proposta.

Em citação recente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta que as equipes de Saúde da Família são responsáveis:

[...] por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Tais considerações sinalizam a necessidade de reflexões que abarquem a superação do modelo positivista na atenção às famílias. A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasce formalmente no Brasil em 1994, como resultado de experiências regionais de trabalho de agentes comunitários no combate à desnutrição infantil, na região nordeste brasileira e tornou-se uma política nacional do Ministério de Saúde, sendo implantada como uma Estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção primária. As equipes, que são multiprofissionais, atuam com ações de promoção de saúde, de prevenção, de recuperação, de reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, também, na manutenção da saúde das comunidades locais. Os pressupostos básicos são frutos da Reforma Sanitária e a ESF reafirma os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que definem a saúde como um direito público, entendida no âmbito social e a partir de determinantes como: lazer, educação, saneamento básico, participação popular e controle público dos serviços. Visa à construção de redes sociais, de qualificação da gestão pública por meio do exercício de

cidadania, de preservação e recuperação de valores e costumes regionais no que se refere à saúde, da atenção integral às famílias, na tentativa de formar vínculos equipe/usuário contínuos no tempo e nas diversas fases da vida (BRASIL, 2011). Tais considerações sinalizam a necessidade de reflexões que abarquem a superação do modelo positivista na atenção às famílias. A partir deste panorama geral, buscamos dar visibilidade para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para as atuais políticas de atenção primária à saúde mental e para alguns estudos atuais sobre a temática. Entretanto, devemos considerar a existência de um alto grau de complexidade para a efetivação dos pressupostos e princípios, o que vem representando um grande desafio social. O objetivo desta seção, portanto, é apresentar brevemente a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em relação com as políticas atuais de Saúde Mental (BRASIL, 2011).

1.1 Estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS): a Saúde enquanto direito e cidadania

Entre as décadas de 1970 e 1980 vivemos, na sociedade brasileira, um período de profundas transformações em âmbitos como o social, o político e o econômico, motivadas por um processo crescente de endividamento externo e questionamentos ao regime político autoritário do período. Tais fatores contribuíram para o enfraquecimento do governo e o fortalecimento de movimentos sociais de diversas ordens em busca de melhores condições de vida (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Constantes conflitos entre forças políticas conservadoras e moderadoras, decorrentes da transição do regime ditatorial para a democracia, provocavam reivindicações por eleições diretas e para a constituição de um Estado democrático.

Neste contexto de intensas mobilizações, no âmbito da Saúde surgiram questionamentos sobre a existência de um modelo pouco resolutivo, centrado no modelo biomédico, apontando a necessidade de constituir um Sistema de Saúde Nacional Democrático que reconhecesse a saúde em sua relevância pública como um “direito de cidadania, dever do Estado”, lema difundido amplamente pelo Movimento da Reforma Sanitária na década de 1970 (MATTOS, 2001; CAMARGO BORGES, CARDOSO, 2005; SILVA, 2006).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve forte participação social, representando um marco para a Reforma Sanitária e tinha como centro do debate a proposta de uma concepção de Saúde mais ampliada e dinâmica, compreendida como um produto social, resultante de diversos determinantes como lazer, educação, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

As décadas seguintes foram marcadas por desdobramentos da VIII Conferência na Legislação brasileira, contribuindo para uma reafirmação democrática nacional da saúde. No ano de 1988, foi criado pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica 8.080 e 8.142 de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato foi visto como uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária da década de 70 (FRANCO; MERHY, 2004). A saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado, conforme a legislação constituinte (BRASIL, 1988):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde passou a ser reconhecida como direito dos cidadãos e dever do Estado, cabendo a este a tarefa de garantir a Saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas. Foi nessa perspectiva que se delineou um sistema único (o Sistema Único de Saúde), com a proposta de reorientação dos serviços de Saúde, visando um modelo assistencial que associe Saúde à qualidade de vida. A garantia pública favoreceu tentativas de inovação, ampliação e dinamização das práticas e concepções, com a possibilidade de entender a Saúde a partir de diversos determinantes sociais como lazer, educação, saneamento básico, entre outros. É nesta lógica que objetivos estratégicos foram concebidos, a fim de possibilitar a concretização do modelo de atenção à Saúde, desejados para o SUS e previsto pela legislação, configurando princípios e diretrizes, a saber: universalização do atendimento; descentralização da gestão administrativa, regionalização e hierarquização na prestação de serviços; integralidade nas ações de saúde; equidade; participação da comunidade; resolutividade (BRASIL, 1988; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; MATTOS, 2001; MENDES, 1996; 2002; SILVA, 2006).

Mattos (2001) e Cecílio (2001) trazem contribuições que nos auxiliam a refletir sobre os princípios e diretrizes do SUS. A descentralização da gestão administrativa pretende estabelecer uma direção única em cada esfera de governo e é compreendida como uma desverticalização da atenção à saúde, em prol de uma assistência adequada e específica a cada região, com a preservação e consideração de seus costumes e valores regionais. A questão da

saúde focalizada em cada região possibilita o desenvolvimento da atenção a usuários em suas diferentes demandas de saúde, e assim, descentralização, regionalização e hierarquização se vinculam, aproximando o encontro do usuário com a equipe, sempre, com a preocupação e compromisso de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por quem busca o serviço. Já a integralidade nas ações de Saúde, em que a atenção à saúde deve abranger as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, deve ser pautada no respeito ao direito dos cidadãos, sendo importante incluir perspectivas preventivas e assistenciais, abandonando práticas reducionistas e interrogando-se sobre as melhores formas de responder às percepções e necessidades dos grupos sociais.

A participação comunitária, por sua vez, preconizada pelo SUS, pode ser compreendida como uma possibilidade de abertura para o diálogo com o outro, para o desvelamento de potencialidades e para a integração das diversidades. Segundo Costa e Lionço (2006), a participação social e democrática atua na qualificação da gestão pública, com o fortalecimento das instâncias do controle social e da gestão participativa do SUS. Visa conferir voz ativa à sociedade civil organizada na enunciação de suas próprias condições de vida. A valorização e o respeito às diferenças étnicas, regionais, socioculturais, de orientação sexual e de identidade de gênero são fundamentais para que as propostas governamentais voltadas às ações de promoção de saúde sejam condizentes com a realidade destes grupos, levando em consideração às particularidades de suas necessidades e demandas, valores e práticas sociais.

Os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde imprimem um conceito tríplice, capaz de expressar de maneira intensa o ideário da Reforma Sanitária Brasileira e remetem aos propósitos do exercício da cidadania, da compreensão de saúde como direito de todos e da busca pela superação das injustiças advindas da estrutura social (CECÍLIO, 2001).

Olhar tais princípios e diretrizes de maneira entrelaçada favorece caminharmos em direção à construção de concepções e práticas que legitimem uma lógica pública na organização de serviços e de ações de saúde, na perspectiva do cuidado e da diminuição das desigualdades sociais, dos preconceitos e da exclusão e estigmatização de minorias (CARNEIRO Jr. ET AL., 2006; MATTOS, 2001).

Em diálogo com Cecílio (2001), olhar para as necessidades de saúde nos permite caminharmos de encontro à integralidade e à equidade na atenção, em busca de norteadores que favoreçam uma melhor escuta das pessoas que procuram por cuidados. As necessidades de saúde englobam a possibilidade de se ter “boas condições de vida” e de ter acesso e de

poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, sem a pretensão de hierarquizar os níveis de organização do Sistema. As necessidades de saúde englobam também a criação de vínculos (a) efetivos equipe/usuário, como o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, do encontro de subjetividades e, por fim, a necessidade de cada pessoa ter um grau crescente de autonomia no seu modo de levar a vida, o que implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua existência, tendo esta um peso efetivo no seu modo de viver e na luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. A saúde individual e coletiva é um patrimônio público, conforme apontam os princípios constitucionais e, por isso, deve ser defendida como responsabilidade do Estado e como um direito de cidadania (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991).

1.2 A Saúde na Atenção Primária: a Estratégia Saúde da Família

A gestão dos serviços de Saúde no Brasil, atualmente, está organizada em níveis de atenção – primária, secundária e terciária – e visa a conformação de uma rede horizontal, não apenas definida pelas qualidades tecnológicas de cada nível, mas com ênfase na estruturação de um sistema integrado de serviços. Nesta configuração, interessa-nos prioritariamente o nível da atenção primária, que é onde se delimita nosso contexto de estudo.

Segundo definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a Atenção Primária se constitui como primeiro nível de atenção à Saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É considerada a porta de entrada do Sistema e desempenha o papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços. Tem como funções essenciais resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizar fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos da rede de atenção, ser corresponsável pela saúde dos cidadãos, com abertura às mais distintas alternativas de constituição de fazeres em saúde. Nesta perspectiva, é um dos níveis que oferece maior possibilidade de construção de concepções e práticas de serviço sustentadas pelos princípios do SUS, em que se promova o desenvolvimento dos sujeitos no exercício e na recuperação da autonomia, responsabilidade e satisfação de suas necessidades,

constituindo um importante espaço para a realização de práticas mais horizontais (CARNEIRO Jr., 2006; CECÍLIO, 2001; MENDES, 1996; 2002).

Em 1994, a partir de experiências regionais pontuais no Brasil, é delineada em âmbito nacional a Estratégia Saúde da Família, visando reorientar a atenção primária para uma maior resolubilidade e integralidade do sistema de saúde. Esta reafirma os princípios e as diretrizes do SUS e define como central o conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde da comunidade, por meio de ações realizadas por uma equipe mínima – médico generalista, agente comunitário de saúde, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgia dentista e auxiliar de consultório odontológico. A edificação de uma equipe multiprofissional pretende que os profissionais envolvidos tenham a corresponsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, com base nas famílias e seus espaços de “vida”, da representação dos espaços para forças vitais como sonhos, desejos, prazer, conflitos e lutas (SILVA; CARDOSO, 2008, SOUZA 2003).

Em 2008, (BRASIL, 2008) diante das necessidades encontradas pelos profissionais de base, consolidaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), também resultado de experiências locais, visando apoiar a inserção da ESF, garantindo a continuidade e integralidade da atenção. Estes, devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidade da ESF. Servem como equipe de suporte e agregam ao sistema, conforme a demanda, de três a cinco profissionais, entre psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, ginecologista, homeopata, acupunturista, pediatra e psiquiatra. O NASF divide-se em oito áreas estratégicas, a saber, atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Podemos observar a ênfase e a necessidade de ampliarmos a atenção à saúde para além dos parâmetros do modelo biomédico, formalizando, também, a inserção de áreas sociais e humanas no cuidado às famílias. Desta forma, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso e o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2011).

As ações da Saúde da Família são delimitadas em uma área de abrangência e de cadastramento das famílias, o território é compreendido para além do ambiente geofísico, onde há a possibilidade de estabelecimento de vínculos, de relações, de trabalho com a comunidade, de acesso à cultura, entre outros. Além disso, a localização em uma área de abrangência, com foco na família, valorizando a cultura local e o contato direto com o cotidiano das pessoas, faz com que a equipe se depare com questões referentes ao acolhimento, ao vínculo e à interação, imprevisíveis a cada encontro/situação e que podem gerar novas e diferentes formas de intervenção. Tais concepções visam superar a proposta anterior centrada na doença e estão enraizadas em práticas e concepções sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, 2008, CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Estrategicamente priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária, a Saúde da Família tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e das ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Os princípios de territorialização e cadastramento da clientela são compreendidos pela delimitação de território de abrangência. Cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo 4000 habitantes que devem ser cadastrados e acompanhados. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a consolidação da ESF precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede primária de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família procura instituir na prática social o novo paradigma da produção social da saúde. Suas ações são voltadas às famílias, em seus contextos, continua e ativamente, com ênfase no promocional e preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador. Surge como estratégia de organização da atenção primária, na tentativa de criar centros de saúde onde uma equipe de Saúde da Família desenvolva ações focalizadas na saúde, em território de abrangência definido (MENDES, 1996).

A atenção volta-se para a família, que é compreendida a partir de seu ambiente físico e social, visando um olhar ampliado ao processo saúde/doença e à necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999). O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família na Unidade de Saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o

que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade. O trabalho dos profissionais da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e, desses, com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2011). Pretende substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na assistência hospitalar e assumir o desafio de garantir acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. Porém, sair da lógica de consumo de atos de saúde, exige dos atores interessados a capacidade analítica da contextualização e da construção de um modo de protagonizar ações e de construir novos e outros sentidos para o ato de cuidar. O modelo médico hegemônico é centrado em uma redução do ato de cuidar, na produção de procedimentos profissionais. Por outro lado, as ações de trabalho, significadas pelo campo dos usuários, explicitam um modelo de atenção com o comprometimento em defesa da vida, buscando compreender o que se pretende quando se fala em atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2004).

Franco e Merhy (1999) apontam algumas críticas e reflexões em relação à Estratégia Saúde da Família. No que diz respeito ao conceito de saúde como qualidade de vida, os autores apontam a necessidade de rever a definição de Saúde como ausência de doença, herdada pelo modelo médico hegemônico. Entretanto, segundo os autores, tal revisão não se faz instantaneamente, precisamos construí-la historicamente e darmos ênfase à valorização do direito de assistência de cada cidadão.

A Saúde da Família, com o eixo de atenção voltado às pessoas saudáveis e à promoção de saúde, necessita da criação de novas tecnologias para responder a esse desafio. Todavia, notamos pouca ampliação em relação à abordagem individualista, inscrita pelo modelo médico, que direciona suas ações aos indivíduos doentes, com suas práticas e saberes já culturalmente incorporados, reproduzindo-os na atenção primária. Para se atingir os objetivos propostos, um dos focos principais no trabalho dos profissionais deve ser a conscientização da comunidade sobre a importância de participar e de garantir seus direitos e deveres de cidadania, sobretudo nos Conselhos de Saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

No que se refere à organização do trabalho em equipe, olhar as diversidades encontradas pode se configurar como uma possibilidade abrangente de negociação dos sentidos, ao considerar que os atores envolvidos estão em ativo processo de construção das ações. A Saúde da Família, localizada no nível de atenção primária dos serviços públicos, representa uma alternativa para a integração das perspectivas de usuários, das famílias e dos

profissionais da saúde, no que se refere ao enfrentamento dos aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença (MOYA, 2005).

Entretanto, a remodelação das equipes não garante a ruptura com a dinâmica do modelo médico hegemônico. Ainda valoriza pouco os microprocessos do trabalho em saúde, os fazeres cotidianos de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 1999).

Sobre o princípio da territorialização, a influência do modelo médico hegemônico parece ainda central ao se configurar um trabalho quase que restritivamente centrado no território físico. A territorialização pode ser compreendida além do espaço geofísico, incluindo outros contextos como os de cultura, das relações, do trabalho local com a comunidade, o estabelecimento de vínculos, a produção do acolhimento e a responsabilização. Tais fatores aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micropolítica dos processos de trabalho, dos seus fazeres cotidianos, seja nas relações com outros profissionais, seja com a comunidade. Para que esses aspectos se façam presentes, é preciso uma inversão da lógica do cuidado, o desenvolvimento de ações menos técnicas e a ênfase no campo relacional, tanto entre equipe-usuário, quanto entre equipe-equipe. Neste sentido, a localização em uma área de abrangência, com foco na família, valorizando a cultura local e o contato direto com o cotidiano das pessoas, faz com que a equipe se depare com questões referentes ao acolhimento, ao vínculo e à interação, imprevisíveis a cada encontro/situação e que podem gerar novas e diferentes formas de intervenção (BORGES, 2002; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Vale destacar que é preciso considerar, ainda, que as ações a que se pretende alcançar não são dadas a priori, estão em um processo contínuo de construção e criação de um novo fazer em saúde. Segundo Merhy (2002, p.119) “combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico, fundamental a ser trabalhado pelo conjunto de gestores e trabalhadores”. O modo de produção de saúde necessita ultrapassar o modelo “procedimento-centrado”, no qual os saberes profissionais estão bem estruturados e desenvolvidos. Busca-se, pois, uma aproximação com o que o autor define como a forma “usuária-centrada”, caracterizada por um processo produtivo com ganhos no grau de autonomia do usuário em sua vida. Um modelo em defesa da vida deveria pensar em como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos conjuntos e partilhados na equipe, quanto para melhorar a eficácia da ação com processos usuários-centrados, assumindo e reconhecendo que

certas abordagens profissionais são mais eficazes que outras, sem que isso se torne uma lógica de poder entre as profissões.

A ênfase é colocada no processo de invenção em saúde – na produção de vida, de sentido, de sociabilidade, através do cuidado e da atenção. O cuidado é compreendido como o ocupar-se aqui e agora, o partilhar das mudanças e dos modos de viver. Cuidar é querer, é fazer projetos conjuntos, sustentá-los ao longo do tempo, com uma forma simplesmente humana de ser. A atenção, por sua vez, ao mesmo tempo em que produz cuidado, oferece e transforma as formas de sociabilidade e de subjetividade, a qual deve denotar algo além do simples ato ou estado de ser sujeito. Subjetividade é sempre relação, é uma contínua reconstrução de identidades, é intersubjetividade; o sentido dessa relação está configurado em um “encontro desejante com a circunstância” (AYRES, 2001, p.67, grifo do autor), colocar-se diante do outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado. Neste sentido, não se deve restringir somente ao êxito técnico, mas abarcar um sucesso, uma situação que se traduz por felicidade. Devemos perguntar quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas e nós mesmos para o bem viver, para a saúde? É preciso pensar em intersubjetividades: “no caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, p. 65).

Não se trata de abolir a ciência, mas resgatar outros tipos de sabedorias para a construção da saúde. Precisamos refletir sobre nossas linguagens e superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpôs à autêntica relação entre profissionais e comunidade. Ayres (2001, p.71) afirma que:

[...] cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato.

1.3 A Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Nesta perspectiva de constituição de novas práticas, cujo enfoque está na comunidade e nos espaços coletivos da atenção primária à Saúde, especificamente na

Estratégia Saúde da Família encontramos uma questão fundamental para os cidadãos, para a sociedade e para a elaboração de políticas, que se refere à inserção da Saúde Mental neste contexto, em busca de compreensões inovadoras, para além do foco na doença e nos sintomas.

A Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, favoreceu importantes transformações conceituais, sociais, éticas, jurídicas e institucionais no que se refere à atenção a saúde mental no Brasil, fertilizada pelo referencial teórico-prático de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática Italiana. No contexto brasileiro, ocorreram rupturas e transformações no saber psiquiátrico, nas formas asilares de assistência, na legislação referente aos portadores de sofrimento mental e em toda uma cultura de relações entre sociedade e loucura. Sob a insígnia “Por Uma Sociedade sem Manicômios”, formulada pelo Movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), reflexões sobre o saber psiquiátrico e as formas de exclusão social do doente mental favoreceram a construção de novos serviços e experiências, orientados por uma ética de inclusão social e afirmação do direito de cidadania das pessoas em sofrimento mental (ANAYA, 2004).

O início da Reforma Psiquiátrica italiana foi motivada pela recusa a explicações sobre loucura e sofrimento humano a partir da doença e de sintomas. As construções conceituais orientadas pela lógica racionalista - problema (doença) / solução (cura) – enfatizaram a loucura, colocando o sujeito e seu sofrimento entre parênteses. É nesse sentido que Basaglia propõe a inversão desse princípio, ao colocar a doença entre parênteses, suspendendo seu conceito, para ocupar-se do sujeito em sua experiência. Colocar a doença entre parênteses não significa sua negação no sentido de não reconhecimento da experiência de sofrimento ou diversidade, mas a crítica a explicações anteriormente concebidas. Tal compreensão foi, ao mesmo tempo, a denúncia político/social da exclusão e a possibilidade de transformação do olhar da psiquiatria. Denuncia-se, portanto, o aparato que se construiu a partir dessa noção de doença mental, que considera o louco ao lado do erro, da incapacidade, da periculosidade e da irresponsabilidade, da necessidade de tutela e isolamento em manicômios, o que o impede, portanto, do exercício pleno da cidadania (AMARANTE, 2003; ANAYA, 2004).

Para dialogarmos sobre cidadania é necessário, antes, derrubarmos as barreiras que demarcam o lugar da exclusão. As políticas de inclusão geralmente têm como contrapartida a noção de exclusão, o que impossibilita olharmos dinamicamente o processo estrutural de precarização, que favorece a estigmatização e a exclusão. A cidadania deve ser compreendida como a possibilidade real de indivíduos singulares estruturarem meios de solidariamente intervirem em decisões de interesse coletivo (BARRETO, 2005; SILVA, 2006).

A temática da saúde mental atualmente vem sendo considerada uma questão fundamental para cidadãos e para a elaboração de políticas, cujo enfoque esteja nas comunidades e nos espaços coletivos, para além da ênfase na doença e no sofrimento. A Comunidade Europeia, por exemplo, vem organizando comissões para discutir a saúde mental na população, definindo-a como possibilidade de solidariedade e justiça social: “A saúde mental possibilita aos cidadãos sua realização intelectual e emocional, a integração na escola, no trabalho e na sociedade, e contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social de nossas sociedades [...]” (BÉLGICA, 2005, p. 4). Entre as necessidades apontadas, o desenvolvimento de uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental surge como proposta que privilegie a promoção global da saúde mental, a prevenção da doença mental, a melhora da qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental, por meio da inclusão social e da proteção dos direitos e da dignidade e a criação de um sistema comunitário de informação, investigação e conhecimento no domínio da saúde mental. São considerados terrenos privilegiados de ação em comunidades: escolas, locais de trabalho, lugares onde as pessoas passam muito do seu tempo. A proposta é envolver as pessoas nas diferentes fases da vida em projetos de rede de apoio social, iniciativas voltadas a grupos vulneráveis, à inclusão social das pessoas doentes e à proteção de seus direitos a partir da comunidade, com a desinstitucionalização dos serviços e a criação de centros comunitários e hospitais gerais adequados às necessidades dos doentes e familiares (BÉLGICA, 2005; OMS, 2006).

Nesta perspectiva, na Europa, a política pública portuguesa (PORTUGAL, 2006), por exemplo, reconhece a promoção da saúde mental e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade, elaborando propostas de ações de combate ao estigma e à discriminação para os estágios mais vulneráveis do ciclo de vida, especialmente a infância e a adolescência, inseridas em estratégias de longo prazo, com benefícios para todos os atores envolvidos, a saber, pessoas, comunidades e sistemas de saúde. Reconhece, ainda, em seu plano de ação 2007-2016, em conjunto com a União Europeia, a necessidade de ações intersetoriais, tendo como objetivos a promoção do bem estar mental, a luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social, a prevenção dos problemas de saúde mental, a prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos usuários e dos cuidadores, a reabilitação e a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves. Afirma, ainda que, para que seja possível alcançar esses objetivos, é necessária uma perspectiva transversal de cooperação entre os diversos setores das políticas e da sociedade (PORTUGAL, 2007).

As políticas atuais de saúde mental no Brasil apontam para ações na comunidade. A Lei 10.216, de 2001, foi um passo fundamental para a concretização de mudanças no sistema de atenção psiquiátrica no país, ao redirecionar a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária. São desdobramentos, o “programa de volta para casa” e as “residências terapêuticas”. O primeiro, diz respeito à regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas por transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica. Eles continuam a receber atendimento especializado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e são beneficiados com um salário mínimo para ajudar em suas despesas. Os pacientes que não têm a opção de voltar ao convívio familiar podem ser recebidos pelas chamadas “Residências Terapêuticas”. São imóveis alugados com recursos do Ministério da Saúde, repassados aos governos municipais, onde podem morar até oito pessoas. Geralmente, um profissional é encarregado de cuidar dos moradores (BRASIL, 2007a, 2007b).

As políticas que se voltam especificamente para a atenção primária se referem ao apoio e ao suporte dos profissionais de saúde mental e à formação das equipes de saúde da família. O Ministério da Saúde estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Entretanto, as experiências das equipes de apoio de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. A implantação, expansão e qualificação do apoio é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos próximos anos e para a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental como as da atenção primária, deverá ser uma das principais prioridades para abranger, de fato, a integralidade da pessoa (BRASIL, 2007c).

Lancetti (2000) considera que a trama tecida pela organização sanitária é a esteira fundamental de onde se torna possível emanar um processo que produza saúde mental. Nesse sentido, sugere que na Saúde da Família, a capacitação de agentes comunitários surge como uma possibilidade de desenvolvê-los enquanto amigos qualificados, com ênfase em ações voltadas também à família, tendo como suporte uma equipe volante de saúde mental. Propõe que para desenvolver um trabalho com qualidade, para cada duas equipes de saúde da família, deve existir um técnico de saúde mental. Além disso, na avaliação do Programa de saúde mental, deve-se considerar a redução de internações psiquiátricas, de suicídios, de violência familiar e comunitária e do uso abusivo de drogas.

A proposta da Saúde da Família e dos princípios previstos pela legislação de uma democracia participativa reedita-se em espaços de participação social, como os Conselhos Locais de Saúde, que poderiam se converter em vivências das problemáticas de arranjos subjetivos e de um plano da política regulada pela liberdade e espontaneidade. Objetivos ambiciosos, que inspiram projetos das novas redes assistenciais e novas modalidades de cuidado e atenção. O desafio a ser superado pelas políticas de saúde mental, aliada à noção de cidadania, não é o da negação da realidade da loucura, mas o da constituição de novos cenários de negociação entre normalidade e loucura, da promoção do respeito social à diferença, da expansão das oportunidades de acesso a toda pessoa à condição de sujeito político, à substituição da assistência apoiada na lógica da discriminação. Trata-se de desautorizar o discurso psiquiátrico como regulador ativo da marginalização social e de substituir os processos de exclusão social da loucura pela criação de lugares novos para sua inserção (BARRETO, 2005).

No que tange à atenção primária, são relevantes reflexões que abarquem a dimensão do ser humano, em suas singularidades e em seus potenciais comunitários, em busca de uma atenção à saúde e à saúde mental que primem pela ética da inclusão social e o direito da cidadania, em prol de um direito comum a todos, indistintamente. A Saúde da Família contextualiza uma importante estratégia para revisão de conceitos e para a redefinição de práticas, ao incluir a possibilidade de ações que abarquem o cultural, as relações entre as pessoas e as interações entre diferentes nos espaços sociais, na relação de cidadãos e na existência humana. Para Zerbetto e Rodrigues (1997, p. 79):

[...] não se trata de garantir o fechamento dos hospícios, pois a assistência e as práticas antimanicomiais devem fazer parte de um projeto maior, que transforme a cultura da sociedade, promova relações humanas e éticas entre diferentes, combata os determinantes do sofrimento, seja nas fábricas, na família, nas escolas, nas ruas. Essas novas práticas só serão antimanicomiais quando recolocarem para a sociedade a necessidade de os diferentes interagirem nos espaços sociais; não se trata de pedir a tolerância dos 'normais' com os 'diferentes', mas sim assumir as diferenças enquanto fato da existência humana e a relação entre os diferentes enquanto relação de cidadãos.

2 O CAMINHO PARA AS ESSÊNCIAS: FENOMENOLOGIA DE EDITH STEIN

Para a presente pesquisa, tentamos transmitir os elementos fundamentais para pensarmos a relação entre a fenomenologia de Edith Stein e a saúde mental na atenção primária, em especial, na Estratégia Saúde da Família. Nossa proposta foi realizarmos um percurso de escavação, visando dar visibilidade para as essências desveladas na antropologia filosófica de Stein. Para tal, achamos necessário fazer, inicialmente, uma contextualização sobre o percurso vivencial e filosófico desta filósofa, a fim de transmitirmos sinteticamente o que podemos desvelar da sua pessoa, aquilo que se revelou a nós de seus escritos e compreensões. Em seguida, fizemos uma breve consideração sobre os princípios constitutivos do método fenomenológico, que Stein não abandona em todo o seu percurso intelectual. Tais considerações são importantes para uma compreensão do que vem a ser o olhar fenomenológico e da necessidade de uma mudança de postura para ver o mundo e a si mesmo por meio da fenomenologia. Após esta breve contextualização intelectual e metodológica, iniciamos o processo de escavação às essências humanas, partindo das propostas de Husserl, fundador da fenomenologia e mestre de Stein, a respeito da constituição humana corpórea vivente, psíquica e espiritual, aprofundando nos achados da filósofa acerca da alma, do caráter e da formação humana. O percurso continua apresentando o terreno da intersubjetividade na perspectiva fenomenológica, como um elemento essencial humano, dando visibilidade para algumas noções a respeito da relação com o outro, seja da empatia ou das organizações humanas, como a massa, a comunidade e o Estado.

2.1 A vida de Edith Stein

O nosso interesse em retratar o percurso de vida de Edith Stein se origina na necessidade de, primeiramente, mergulharmos na dimensão *objetiva espiritual*² que se desvela em suas obras e conceitos. O termo *espírito* será bastante utilizado nas páginas que se seguem e, fenomenologicamente, refere-se, de forma sintética, à dimensão específica humana que está ligada aos atos de compreensão, decisão, criação e reflexão. Quando estamos diante de uma

² As palavras em itálico servem para diferenciar os termos específicos utilizados pela fenomenologia

obra cultural, estamos diante de formações espirituais objetivas, nas quais as intenções do criador emergem de modo puro em suas obras, dependendo não apenas do material utilizado, mas também das características físicas e das condições psíquicas da personalidade criadora (STEIN, 1999b). Apropriando-se do pensamento da filósofa em sua obra *Endliches und ewiges Sein – Versuch eines Aufstiegs zum Sinn des Seins* (Ser finito e Ser eterno, para uma elevação ao senso do ser, tradução nossa), desejamos partir do que se desvela do contato com seus escritos. As obras não surgem na mente de um mestre como um sistema já completo de conceitos, mas é uma vivaz criação do espírito, possível de ser seguida em sua formação e crescimento. Podemos dizer que a cada movimento de abertura, tal obra espiritual se desvela a nós e nos solicita para ser assimilada por nós, para encontrar em nós uma nova vida (STEIN, 1999a).

Neste caminho de imersão e desvelamento dos escritos de Stein, precisamos considerar o contexto em que a autora viveu. Para isso, apresentamos um recorte de algumas de suas vivências pessoais, com o objetivo de ampliar o olhar para suas obras. Estamos entre os anos de 1891 e 1942, na região europeia da Silésia, atual Breslau, Polônia, antigo território prussiano e alemão. Stein era de família alemã e hebraica, era a última filha de onze irmãos, perdeu seu pai aos dois anos de idade e era muito ligada à mãe, tendo fortes influências materna em muitas de suas escolhas, inclusive, no incentivo ao estudo. Em seus relatos autobiográficos, Stein descreve que nasceu em 12 de outubro de 1891, dia do Yom Kippur ou Festa da Expição, que é uma recorrência religiosa de raiz hebraica, cujo principal tema é a liberação dos pecados. Viveu durante os períodos da I e meados da II Guerra Mundial. Neste contexto de conflitos mundiais, trabalhou como enfermeira voluntária na I Guerra Mundial, motivada pela convocação dos amigos universitários para a guerra e pelo seu interesse no ser humano, onde Stein vivenciou de modo bastante próximo o sofrimento e a dor humana do ocorrido mundial. Testemunhou o advento do nazismo em 1933 com Adolf Hitler e morreu no dia 09 de agosto de 1942, vítima da perseguição nazista aos hebreus, em uma câmara de gás em Auschwitz, atual Polônia.

Entender o ser humano significa abrir-se para as diferentes partes que o integram. Nesse sentido, além das importantes questões políticas e sociais que contextualizaram a vida desta filósofa, o interesse pelos estudos, a constante busca de compreender a “verdade” e a religiosidade ocuparam um lugar importante em seu percurso pessoal e intelectual. Ainda na adolescência, questionou-se em relação a sua religião hebraica. Na vida adulta converteu-se ao cristianismo católico e por volta dos 40 anos tornou-se monja na Ordem das Carmelitas Reclusas em Colônia, na Alemanha. Em seus estudos, interessou-se por línguas como o

grego, latim, francês. Viu-se profundamente atraída pelas temáticas do ser humano, superou o domínio masculino da filosofia ao ingressar na Universidade de Breslau em 1911, onde estudou história, filosofia, psicologia e gramática alemã, mas se decepcionou com a forte tendência naturalística da época dos estudos de psicologia. Após conhecer os estudos do fundador da fenomenologia, Edmundo Husserl, transferiu-se para a Universidade de Gotinga, onde iniciou um importante percurso intelectual que perpassou toda a trajetória de sua vida e de estudos. Com a aplicação do método fenomenológico, voltou seu olhar para apreensão da *essência das coisas*, por meio da intuição, dando importância para os atos e as vivências, como, por exemplo, a *empatia*, compreendida como a imediata percepção da presença de outro ser humano, reconhecendo-o como alterego. Stein direcionou seus estudos com extremo rigor para entender a estrutura do ser humano, dando luz a questionamentos referentes à subjetividade, à intersubjetividade e à metafísica, discutindo e aprofundando os conceitos de alma, psique e espírito e propondo uma antropologia fenomenológica.

É importante salientarmos as diversas influências no pensamento de Stein, a qual iniciou sua trajetória com o seu mestre Husserl, desde a elaboração da tese de doutorado orientada por ele, *Zum Problem der Einfühlung* (Sobre o problema da empatia, tradução nossa), além de diversas publicações na revista alemã de Husserl *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung* (trabalho para uma filosofia e uma pesquisa fenomenológica, tradução nossa) e no âmbito fenomenológico, com a publicação das obras *Beiträge zur philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften* (Psicologia e Ciências do Espírito – contribuições para uma fundamentação filosófica, tradução nossa) e *Eine Untersuchung über den Staat* (Uma pesquisa sobre o Estado, tradução nossa). Foi também assistente de Husserl, tendo presença na transcrição dos manuscritos do II e III volumes do livro *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica* de E. Husserl e participou do grupo de estudos fenomenológicos em Gotinga, onde consolidou importantes amizades com fenomenológicos reconhecidos como Heidegger, E. Conrad-Martius, Max Scheler, P. Fander, entre outros. Neste período escreveu também *Einführung in die Philosophie* (Introdução à filosofia, tradução nossa), embora esta seja uma obra de publicação póstuma, foi iniciada logo após sua tese sobre a *Empatia* e considerada seu livro guia durante seu percurso filosófico.

Edith Stein dedicou-se à carreira pedagógica, tornou-se professora de filosofia, tentou conquistar uma cátedra Universitária, porém não obteve sucesso em virtude de leis nazistas que proibiram hebreus de ingressarem em cargos docentes e dos preconceitos voltados à figura feminina em contextos intelectuais. Durante esta fase transcreveu a obra de

São Tomas *Quaestiones Dignitatae de Veritate* para a língua alemã. Organizou o livro *Der Aufbau der menschlichen Person* (A estrutura da pessoa humana, tradução nossa), fruto de um curso ministrado para jovens mulheres estudantes de pedagogia em Monique, apresentando já importantes influências de São Tomaz de Aquino. Escreveu *Potenz und Akt – Studien zu einer Philosophie des Seins* (Potência e Ato – estudos para uma filosofia do ser, tradução nossa) obra esta abandonada após sua última tentativa de carreira universitária e retomada após o início da vida de reclusão carmelita. Santa Tereza D’Ávila, monja Carmelita, proporcionou influências decisivas em sua vida, como a conversão ao cristianismo após a leitura do *Livro da Vida* e na compreensão da estrutura da alma humana, com seus estudos sobre as sete moradas, de Santa Tereza D’Ávila. Stein escreveu a sua obra *Endliches und ewiges Sein – Versuch eines Aufstiegs zum Sinn des Seins* (Ser finito e Ser eterno, para uma elevação ao senso do ser, tradução nossa) já durante vida no monastério, recebendo forte influência de pensadores medievais cristãos, como Santa Tereza D’Ávila, São João da Cruz e também da filosofia aristotélica-tomística. Nesta obra, Stein declara considerar como método “filosófico materno” a fenomenologia de Husserl e afirma que as contribuições dos pensadores medievais a auxiliaram significativamente na compreensão do *ser*.

Considerada como uma personalidade harmônica (BELLO, 2009), com forte determinação interior, com grande capacidade de transitar com profundidade entre diversas áreas do saber, sua busca de vida foi desvelar a *verdade*, tanto em sua existência quanto em suas investigações teóricas, vivenciando a possibilidade de harmonizar os aparentes opostos: na complexidade da análise do ser humano no que se refere aos pares de corpo/alma, masculino/feminino, indivíduo/comunidade, na conciliação entre razão/experiência religiosa, hebraísmo/catolicismo, filosofia/mística, não ignorando as diferenças, mas descobrindo a possibilidade de um acordo e harmonização ao chegar à compreensão de uma única verdade que se mostra em suas multiplicidades.

O *espírito* de suas obras desvela sua progressiva busca na compreensão do ser humano, compreensão essa que desejamos apresentar e compartilhar no contexto da atenção primária à saúde, a fim de refletirmos sobre propostas e ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Acreditamos que, a partir de uma leitura antropológica, de definições e reflexões sobre o que é o ser humano, podemos pensar em como promover espaços de alteridade, solidariedade e comunidade, fundamentais no desenvolvimento de ações que englobem uma visão integral do ser humano.

2.2 Princípios constitutivos do método fenomenológico

A fenomenologia de Edmundo Husserl teve grande influência na formação filosófica e na trajetória de Stein, com o qual ela apreendeu um modo específico de olhar o mundo e examinar os fenômenos, voltando-se às essências por meio de uma busca intuitiva e livre de um saber pré-constituído. Dessa forma, torna-se importante sinalizarmos os princípios constitutivos do método fenomenológico, partindo dos escritos da própria filósofa e buscando, quando necessário, possíveis clarificações nas obras de “*Ideias para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica*”, de Husserl (2002a).

Para introduzirmos o método fenomenológico, devemos levar em conta a forma como nos propomos a percorrer o caminho que nos conduz até o objetivo, sendo de fundamental importância clarificarmos o máximo possível tal percurso. Segundo Bello (2004), que retoma um manuscrito de Husserl de 1932, o método fenomenológico é uma arqueologia, é um trabalho de escavação, onde não sabemos exatamente o que encontraremos, mas gradualmente o fenômeno é evidenciado; devemos, pois, partir da superfície sem pararmos nas diferenças externas, devemos entrar, escavar e buscar os elementos últimos e comuns daquilo que procuramos. Neste sentido, a nossa meta nesta seção é apresentar pouco a pouco a *fenomenologia*.

De uma forma didática, (BELLO, 2006), podemos definir a palavra *fenomenologia* dividindo-a em duas partes, sendo ambas de origem grega: ‘*fenômeno*’ significa “aquilo que se mostra” e ‘*logia*’, derivada da palavra ‘*logos*’, que definimos como pensamento, capacidade de refletir. Dessa forma, a *fenomenologia* pode ser compreendida como a reflexão sobre um fenômeno ou sobre o que se revela a nós, seres humanos, a nós que buscamos o significado e os sentidos daquilo que nos deparamos cotidianamente. O que nos interessa é compreender o que são esses elementos que se revelam na experiência, ou seja, qual é o seu sentido. Praticar a fenomenologia implica antes de tudo uma mudança no modo de ver o mundo, assumindo uma atitude completamente diversa daquela vivida nas experiências e no pensamento. (STEIN, 2001) Nós que vivemos e nos movemos a partir da vida cotidiana, temos uma atitude diante do mundo que podemos definir como “natural” ou “ingênua”, própria dos seres humanos. Olhamos em torno de nós mesmos e para um mundo de coisas e pessoas com as quais mantemos uma intensa relação. Exercitamos certas impressões, somos atraídos ou repelidos, as coisas são desejadas ou rejeitadas. Porém, em cada singularidade, carregamos um significado particular que configura nosso comportamento, nossa atividade

prática, na qual, no geral, a vida ingênua vem absorvida. Nesta atitude natural, enquanto seres humanos nos vemos como o centro deste mundo e este é o mundo das coisas, assim como elas aparecem a nos e como são percebidas a partir do nosso ponto de vista.

Segundo Husserl (2002a), encontramos este mundo imediatamente e visivelmente diante de nós, ou seja, o experimentamos de forma imediata. Os objetos corpóreos que nos circundam são percebidos através de nossas diversas modalidades perceptivas como, por exemplo, o ver, o tocar, o ouvir, independente de prestarmos atenção ou não, sem nos preocuparmos com eles por meio do pensamento, do sentimento ou da vontade. Existem também outros objetos visivelmente presentes que não são necessariamente percebidos. Entretanto, devemos considerar que este mundo não se limita ao nosso campo de percepção singular. Em sua sólida organização, temos um mundo ilimitado, onde encontramos necessariamente um horizonte impossível de ser completamente determinado. Neste mundo, podemos mudar nossos pontos de vista no espaço e no tempo, podemos sempre buscar novas representações e percepções mais ou menos ricas de conteúdos, imagens mais ou menos claras, de modo a tornar visível o que, nas formas sólidas do mundo espacial e temporal, é possível e presumível. Cada um é um membro deste mundo e se encontra sempre em relação com um e único mundo, mesmo que os seus conteúdos sejam mutáveis. O mundo está diante de nós não apenas como um mundo de objetos concretos, mas também dando-nos a imediata percepção em relação ao mundo de valores, mundo de bens e mundo prático.

Na atitude fenomenológica, entretanto, devemos nos mover livremente, devemos neutralizar o complexo de atitudes dominantes até então, aprender a ver e a descrever o que está diante dos olhos, livres das barreiras que limitam o horizonte do nosso pensamento. Devemos voltar nosso olhar para as coisas como são em si mesmas, puras, saindo da posição na qual somos o centro do mundo e dirigirmos o olhar a nós mesmos também como uma parte do mundo objetivo. Nesta nova maneira de olhar o mundo, desinteressada, não voltada aos interesses práticos, desejamos, então, clarificar o que está diante dos nossos olhos, procurando penetrar na sua essência. Não nos interessa a característica factual dos objetos, aquilo que encontramos em circunstâncias determinadas ou específicas, mas nosso olhar deve se voltar para a *essência*, para as qualidades que competem necessariamente a tal objeto e sem as quais este não poderia ser, devemos, portanto, tentar olhar para o seu ser autêntico (STEIN, 2001).

No método fenomenológico, quando consideramos o problema em si mesmo e indagamos sobre a sua essência, conforme explicitado anteriormente, temos a chamada *redução fenomenológica*. A fenomenologia não utiliza os resultados das outras ciências, ela deve se fundar sobre si mesma e, nesse sentido, ela tem como escopo a clarificação, ou seja, o

processo de percorrer todos os graus de constituição do objeto que se mostra à intuição, a fim de alcançar o fundamento último de cada conhecimento. Para isso, devemos excluir tudo aquilo que nos provoca dúvida e que, de alguma forma, podemos eliminar do fenômeno em questão. Tudo o que nos circunda é sujeito à redução ou à suspensão, seja o mundo físico ou psicofísico, os corpos, as almas dos homens ou dos animais (STEIN, 1998). Podemos duvidar da existência do que vemos diante de nós, daquilo que suscita possibilidades de engano, colocando-os entre parênteses, ou seja, podemos suspender os significados que eles possuem e, dessa forma, os limites que impedem de olhar livremente o mundo dos objetos. É necessário “colocar entre parênteses”, suspendermos tudo o que está na base da existência. Para isso, a atitude fenomenológica da qual falamos é a *redução eidética* ou *epoque*.

Segundo Bello (2000a), a *epoque* consiste em um ato voluntário, que tem a sua origem no próprio sujeito. Quando ele deseja deslocar a sua atenção para a essencialidade do fenômeno, deixa-se guiar em busca de uma originalidade essencial presente. A atenção desloca-se, portanto, a um determinado fenômeno que se mostra inicialmente opaco e insuficiente e que, ao mesmo tempo, revela-se a nós e nos solicita a desvelá-lo. Trata-se de uma mudança de perspectiva, na qual buscamos olhar mais diretamente para a essência, colocando entre parênteses o tema da existência, ainda que este continue existindo, pois não é negado. A *epoque* fenomenológica é, em síntese, a possibilidade de suspendermos os juízos e julgamentos de um determinado elemento ou fenômeno, ao sermos solicitados por ele a voltarmos nossos olhares para aquilo que pertence essencialmente e necessariamente a ele, independentemente das suas características existenciais.

Até este ponto, compreendemos o sentido da primeira etapa do método fenomenológico, a *epoque* fenomenológica ou redução *eidética*, mas ainda falta percorrermos um caminho a respeito do que encontramos após suspendermos o terreno universal da experiência natural, das experiências cotidianas, de nós mesmos, dos nossos juízos e prejuízos. O que encontramos após tal suspensão? Husserl (2002a) nos revela que, como resíduo fenomenológico da *epoque*, encontramos a *consciência pura* e, portanto, uma *inteira região transcendental*. Em outras palavras, segundo a fenomenologia, no mundo ou na atitude natural, acima descrita, temos o *eu real* chamado também de *eu psicológico*. Isso significa fenomenologicamente que este *eu real* é, portanto, um objeto real como todos os outros do mundo natural. Porém, este *eu real* produz *atos de consciência* que pertencem a *este* sujeito humano e que acontecem nesta mesma realidade natural. Estes atos específicos do *eu* são destacados do interno de uma corrente que muda continuamente e de onde fluem todas as vivências. Estas vivências passam uma pelas outras, interligam-se em sínteses, modificam-se

ininterruptamente. Podemos dizer que a expressão *consciência*, em um sentido mais amplo, abraça todas estas vivências. Mas, o que entendemos por *vivência*? Segundo Bello (2004), quando vemos e tocamos um objeto e temos consciência disto, vivemos a sensação de ver e de tocar, ou seja, percebemos esse objeto. Esse perceber é o fato de estarmos vivendo uma sensação, ‘estamos vivendo’, que, em alemão poderíamos definir como um substantivo: *erlebnis* (*leib* em alemão significa *vida*; *leben* significa *viver*), significa aquilo que estamos vivendo neste momento através de um registro, do qual somos conscientes. Interessa-nos o que nós estamos vivendo, o que está na subjetividade, os atos dos quais nós temos consciência, sendo a palavra *consciência* entendida como algo que nos acompanha sempre e que é diferente da reflexão. Ao olharmos para essa *consciência* a partir da atitude fenomenológica, nós devemos olhar firmemente para a sua esfera e tentarmos ver o que ali encontramos de imanente, ou seja, o que podemos perceber internamente. Chegamos, então, à evidência que buscávamos, isto é, quando realizamos a suspensão fenomenológica ou *epoque*, a *consciência* em *si mesma* tem um ser próprio que não é tocado na sua essência absoluta. O ser que se desvela, portanto, é aquele que indicamos como *vivências puras*, a *consciência pura* com os seus *correlatos puros* e, da outra parte, o *eu puro*.

Stein (2001), a partir das influências de Husserl e do seu aprofundamento nas questões da estrutura do ser humano, enfatiza que *consciência* não deve ser entendida no sentido de reflexão, mas como um momento próprio do viver, uma luz que ilumina o nosso viver a partir do interno, sem que os momentos singulares sejam separados, ou seja, não é como uma caixa que armazena singulares vivências, mas são vivências que se confluem continuamente uma em outra, configurando, desta forma, um fluxo da consciência.

No que se refere a tal fluxo, Husserl (2002a) diz que cada vivência se une a uma já passada e também a outra futura, simultaneamente, formando uma corrente de vivências em unidade infinita. A forma desta corrente necessariamente abraça todas as vivências de um *eu puro* e cada vivência faz parte de uma conexão fechada em si mesma. Temos, portanto, de um lado um único *eu puro* e de outro, uma única corrente de vivências, completada segundo três dimensões: a anterior, a posterior e a simultânea, estando estas essencialmente interligadas em si mesmas. Nesta forma originária de consciência, quando o olhar do *eu puro* apreende reflexivamente alguma vivência, ele pode se voltar também para outras vivências que estejam em conexão com a primeira. Assim, por princípio, uma inteira conexão não poderá jamais ser dada em um único olhar puro, mesmo sendo intuitivamente compreensível. Dessa forma, um objeto que se tornou objeto de olhar do *eu*, ou seja, a vivência observada, terá sempre um horizonte de vivências não observadas. Aqui, portanto, estão enraizadas as possibilidades

eidéticas de tornar claro e sempre mais claro um elemento obscuro. Por outro lado, embora cada vivência influa sobre um raio (claro ou obscuro) de outras vivências, duas correntes de vivências não podem ser concebidas dentro de um idêntico estatuto *eidético*, assim como nenhuma vivência plenamente determinada de uma corrente pode pertencer à outra corrente.

Mas, ainda devemos nos perguntar sobre quem responde a tal apelo de desvelar esta opacidade, quem efetua a redução, quem descobre a essência. Este é um paradoxo do *eu* que está dentro do mundo e que por isso deveria ser colocado entre parênteses, mas que ao mesmo tempo é quem realiza a operação da *epoque*. Na atitude puramente *eidética*, em que colocamos entre parênteses qualquer tipo de *transcendência*, a fenomenologia é necessariamente conduzida a colocar sobre o seu próprio terreno – aquele da consciência pura – o complexo de problemas *transcendentais* em sentido específico, sendo chamada, portanto, de fenomenologia transcendental. Isto significa que a fenomenologia tem como problemática única, por princípio, o fato de que as vivências se apresentam enquanto vivências *intencionais*. A *intencionalidade* é o que caracteriza a consciência, que será sempre “consciência de” algo. Se consciência é um voltar-se para algo, podemos dizer que é próprio da sua essência conter em si mesma o sentido, a quintessência, isto é, a essência mais pura, seja da alma, do espírito e da razão (HUSSERL, 2002a).

Ver a essência significa, portanto, *ter consciência de* algo, de um objeto, sobre o qual a nossa consciência se dirige, e que é dado em si mesmo. Nesse sentido, consciência diz respeito sempre a voltar-se a, isto é, temos *consciência de*, é um tender em direção ao objeto, sendo, portanto, uma consciência intencional.

Concluimos, portanto, que como resíduo da *epoque*, chegamos à consciência pura ou transcendental. Bello (2004) acrescenta que devemos considerar que o interesse pouco a pouco se volta para a subjetividade e por meio da aplicação da redução eidética ao Eu, desejamos, portanto, captar as estruturas da subjetividade. Segundo Pezzella (2007) após a neutralização do mundo e a sucessiva redução transcendental, Husserl descobre a inteira vida da consciência na multiplicidade de seus atos, o que consente o restabelecimento dos múltiplos significados e sentidos do mundo e do estar nesse mundo. A tarefa da fenomenologia é, então, não apenas a análise da consciência transcendental, mas também do mundo que o *eu* tem em frente. Em diálogo com Stein (2001), os seres humanos recebem as impressões do mundo em que estão e encontram uma confirmação neste mundo e por ele. Isso significa dizer que, enquanto seres humanos, assumimos este mundo como verdadeiro, fazemos experiência dele, portanto, posicionamos interiormente nos confrontos com ele, intervimos livremente neste mundo, seja desejando ou operando, criando e transformando.

Em somatória, somos *sujeitos* de uma *vida* multiforme do *eu*, de uma consciência intencional e de seus correlatos no mundo. Os correlatos do mundo, por sua vez, são as vivências, que se referem de um lado, ao corpo, à psique e ao espírito, portanto, ao sujeito humano, e do outro lado, referem-se às coisas do mundo.

Podemos sintetizar a partir de Stein (2001) o caminho percorrido até o momento. O método filosófico que buscamos é indicado como fenomenologia, que se move a partir da reflexão sobre os fenômenos e consiste na descrição fiel de suas essências. Entendemos como fenômenos as vivências puras, mas devemos discriminar que a tarefa da fenomenologia não está centrada nos estados psíquicos dos indivíduos humanos. Estes pertencem ao mundo real e foram colocados “entre parênteses” a partir da redução *eidética* ou *epoque*. O que interessa à fenomenologia é a descrição pura, portanto, o *eu* que permanece depois da *epoque*, que é o sujeito do viver sem qualidades específicas e não submetido ao mundo real, o *eu puro*. Correspondentemente, é a vivência reduzida que a fenomenologia descreve, é a consciência pura e seus correlatos no mundo, ou seja, procura descrever o que é *em geral* “a percepção”, “a vontade”, “o conhecimento”, o que pertence necessariamente às suas essências e aos seus correlatos, que são “o percebido”, “o desejado”, “o conhecido”. A fenomenologia em si mesma pretende realçar o que pertence necessariamente e universalmente às diversas formas da consciência intencional, devendo analisar a vivência pura, na sua imanência. Se nos atentarmos, por exemplo, ao ato da percepção, para o “perceber” corresponde sempre um “percebido” e que, em geral, necessariamente, um mundo se contrapõe à consciência, então nos damos conta que a fenomenologia deve clarificar, em todas as suas formas, a relação intencional existente entre consciência e objeto. Podemos, portanto, fazer uma descrição essencial da consciência somente se simultaneamente fizermos a descrição das estruturas do mundo, da constituição essencial dos gêneros de objeto em relação à consciência.

Tentamos sinteticamente clarificar algumas bases conceituais que definem o método fenomenológico de Husserl e de Edith Stein. Sabemos que a fenomenologia se ocupa do “eu puro”, da “consciência” com suas “vivências”, seus atos/correlatos. Para praticarmos a fenomenologia vamos tentar assumir uma atitude completamente diversa da natural/ingênua, daquela vivida no nosso cotidiano. Como sugere Husserl (2002a) devemos agora tentar nos mover livremente, neutralizar os complexos de atitudes dominantes, esforçarmos na busca de aprender a ver e a descrever o que está diante dos olhos, olhar para as coisas a partir de si mesmas, evitando direções unilaterais e buscando os fenômenos transcendentalmente puros em suas essências. Chegamos assim, ao terreno da fenomenologia, de onde Stein parte para a compreensão da essência humana.

2.3 A constituição do ser humano em corpo, psique e espírito

Estamos pouco a pouco tentando clarificar os conceitos relevantes para a compreensão da fenomenologia de Edith Stein. O nosso trabalho de escavação se iniciou em um mundo natural e pouco a pouco modificamos nossa maneira de nos relacionarmos com ele. Após realizarmos a *epoque* fenomenológica a tudo que se refere à experiência pessoal empírica, ao chamado *eu psicológico*, entramos no campo da análise das vivências. Passamos pela redução transcendental, chegando ao *eu puro*, onde encontramos o campo da consciência intencional e seus correlatos, que não podem ser eliminados com as reduções fenomenológicas. A característica essencial do ser humano é a intencionalidade, que é a consciência que se volta em direção a algo em busca de apreender os sentidos, ao passo que esse algo, por sua vez, revela a sua autenticidade e seus predicativos. Notamos que o interesse da fenomenologia volta-se para a compreensão desta subjetividade, tanto Husserl quanto Stein procuram entender quem é este ser humano, o que encontramos quando escavamos a interioridade do ser humano. Quando retornamos às reduções fenomenológicas, encontramos o *eu puro* como fonte originária do viver, e esse é o nosso ponto de partida. O sujeito humano pode ser o próprio objeto de análise e nesse sentido devemos nos perguntar sobre quais são as suas estruturas constitutivas. Dessa forma, o que nos torna diferentes dos demais objetos do mundo? Como se constitui na consciência o nosso corpo próprio?

Se partirmos da nossa experiência imediata, quando olhamos uma pessoa desconhecida, provavelmente, o que primeiramente nos chama a atenção é a exterioridade, o seu aspecto, a estatura, a cor dos olhos, dos cabelos, da pele, mas todas essas características formais, como aspecto, cor, nós também encontramos nos objetos materiais. De fato, o ser humano em sua constituição corpórea é um corpo material, sujeito as mesmas leis da natureza material, tem uma durabilidade e uma espacialidade própria. Entretanto, já no primeiro olhar é nítida uma distinção entre natureza material e natureza viva, diferença esta que se funda propriamente na ordem da essência. Este corpo vivente é o meio pelo qual se dá a percepção, é o órgão perceptivo presente em qualquer forma do perceber. Sabemos que temos um corpo, mas este saber é também um saber perceptivo, não vemos nossas costas, nossa cabeça, mas sabemos perceptivamente que tais partes existem. O mundo que está diante de nós depende de um corpo que não é apenas físico e que possui em si uma peculiaridade, que é a *psique*. A dimensão psíquica tem um significado neste mostrar-se do mundo externo, em virtude de uma relação de dependência existente entre o corpo e a psique. O mundo externo que se manifesta

torna-se relativo não apenas ao corpo vivente, mas também a um inteiro sujeito psicofísico (HUSEERL, 2002b).

Mas o que entendemos como psicofísico? Segundo Stein (1998) se partirmos da evidente manifestação do fenômeno que nos é revelado através da nossa experiência do mundo, imediatamente nos damos conta que não falamos somente de um objeto físico, mas sim de um indivíduo psicofísico. Este corpo físico possui um princípio vital que está interligado a uma psique. Especificamente, escavando mais a fundo, o que entendemos como *psique*? Temos um corpo próprio, um corpo vivente (*Leib*, em alemão), dotado de sensibilidade, que tem sensações, instintos e impulsos. Os homens e os animais possuem suas posições no espaço, podem se mover, mas de forma diversa dos objetos físicos, pois estes são dependentes de um processo externo. O corpo vivente possui uma capacidade de movimento próprio que tem como origem um impulso interno que o diferencia dos corpos materiais, possui um núcleo ou um centro que nos permite afirmar que este ser “vive” e neste viver ele se autodetermina internamente, ou seja, está em constante processo de desenvolvimento, mesmo que ainda mantenha uma relação de dependência com as condições externas que o atingem. Os seres vivos têm uma forma determinada e completa e se articula em relação a condições externas. Ele vem percebido por nós como uma realidade conjunta que possui uma forma exterior determinada interiormente, o que é peculiar dos seres vivos. Entretanto, notamos diferenças entre a vida de uma planta e de um animal, essencialmente podemos dizer que o animal possui uma liberdade de movimento no espaço, possui uma sensibilidade, um corpo sensível que recebe estímulos externos e reage com movimentos livres e com instintos provenientes e percebidos interiormente (STEIN, 2000). Portanto, percebemos na constituição da natureza animal a existência de um ser psíquico, de uma vida interior, uma abertura sensível às impressões externas e internas, um experimentar interiormente e um agir reativo. Enquanto seres humanos, sentimos, de fato, as sensações de agradável ou desagradável, de atração ou repulsão, de prazer ou desprazer, experimentamos em nós um tipo de avaliação instintiva dos sentidos que nós damos àquilo que encontramos. Vivemos em nós as emoções que percebemos no mundo externo, nos fenômenos expressivos dos seres humanos e dos animais, como o medo, a alegria e a dor. Mas, esta estrutura humana corpórea, vivente, dotada de sensibilidade, possui um *eu* capaz de ter sensações, de pensar, de sentir, de desejar e de ser, enquanto corpo vivente, o ponto inicial de orientação em relação ao mundo, através do qual o *eu* intui o espaço e o inteiro mundo sensível e que se caracteriza por um aspecto que não encontramos em todo ser vivente, como por exemplo, nas plantas ou nos animais. O *eu*, neste mundo, é capaz de reagir e agir, tomar decisões, fazer escolhas e ser responsável. Chegamos,

portanto, ao aspecto especificamente humano, à esfera do *espírito*. Somente o ser humano é capaz de dizer “eu” e falar sobre si próprio. Segundo Stein (2000, p. 124, tradução nossa):

Olho nos olhos de um animal, vejo algo que me olha. Olho dentro uma interioridade, na sua alma, uma alma que adverte o meu olhar e a minha presença. É, porém, uma alma muda e prisioneira, aprisionada em si mesma, incapaz de ir além e de compreender-se, incapaz de sair de si mesma e chegar a mim. Olho um ser humano nos olhos e o seu olhar me responde. Deixa-me penetrar na sua interioridade ou me rejeita. Ele é dono da sua alma e pode abrir ou fechar as suas portas. Pode sair de si mesmo e penetrar nas coisas.

O que nos diferencia de todos os seres vivos é a possibilidade de dizer Eu, de dizer que o ser humano é uma *Pessoa*. Sabemos que uma pessoa é diferente de uma planta, de um animal ou de um objeto material, mas, o que entendemos por *Ser Pessoa*? Segundo Stein (2000), ser *Pessoa* significa ser *livre e espiritual*: a *espiritualidade* pessoal significa que possuímos uma vigilância e uma abertura, não somente *somos* ou *vivemos*, na realidade nós somos conscientes do nosso ser e do nosso viver num único ato, anterior a qualquer reflexão, como uma forma originária do saber, como uma luz que ilumina a vida espiritual. *Ser livre*, por sua vez, significa dizer *eu posso*, este *eu* vigilante e espiritual pode penetrar seu olhar no mundo das coisas. Estas, por sua vez, não são impostas, elas nos convidam a segui-las, a observá-las sob diversas perspectivas, a penetrar nelas. Podemos aceitar este convite com um movimento de abertura. Mas, podemos não correspondê-lo, permanecendo em nós uma imagem do mundo empobrecida e fragmentada. Pertence, portanto, a este *eu*, necessariamente o *poder* enquanto liberdade. Deste *poder* nasce a possibilidade do *dever*. O *eu* livre, que pode decidir, sente-se chamado intimamente a realizar escolhas, é capaz de colocar os escopos e de realizá-los agindo (STEIN, 2000, p. 125, tradução nossa).

Este *eu* é *sujeito* espiritual nos atos que constituem um mundo objetivo e ele mesmo é capaz de criar objetos de acordo com a sua vontade. Se considerarmos que cada sujeito possui o seu peculiar modo de ver o mundo, essa é uma característica individual dos sujeitos espirituais. Os atos do espírito relacionam-se entre si, existe um fluir dos atos do *eu*, que chamamos de motivação. (Stein, 1998). A motivação refere-se à possibilidade de *dirigir-se* à, ou seja, tomar posição, aceitar ou negar, como atos propriamente livres. Chamamos de motivação a ligação existente entre os atos, por exemplo, quando analisamos uma série de atos que fluem continuamente encontramos um novo tipo de conexão, um colocar-se em movimento daquele ato que segue por meio de outro que o precede, ou seja, quando a

consciência se volta para um objeto, volta-se a algo que possui um sentido, uma consistência unitária de ser, que pouco a pouco se revela por meio de diversas integrações.

Segundo Stein (1999b), é na esfera do *espírito* que encontramos uma dupla abertura: o *espírito objetivo* e o *espírito subjetivo*. Entendemos, sinteticamente, como *espírito objetivo* o mundo dos valores tomados por nós em consideração; *espírito subjetivo*, por sua vez, são propriamente os atos ou vivências intencionais, pelo fato de que nossos atos se dirigem intencionalmente para algo. Ao aprofundarmos a respeito desta dupla abertura espiritual, podemos dizer que por meio da nossa vida espiritual ganhamos o acesso ao mundo dos valores, assim como ao inteiro mundo objetivo. Valores como sublimidade, beleza não são pessoas, nem atos de pessoas, são objetos que se mostram para sujeitos, e por isso o chamamos de “espírito objetivo”. Podemos acompanhar a descrição de Stein (2000, p. 164, tradução nossa) a fim de clarificar tal questão:

Um valor que não envolve nem uma pessoa e nem um ato pessoal: a beleza de uma paisagem. Um vale, circundado por paredes rochosas claras e não muito altas, que é iluminado pela claridade da lua, recoberto por um céu esplendido de estrelas, contra ao qual se recorta de modo nítido, mas sem dureza nenhuma, o seu perfil de rochas. É uma imagem de beleza indescritivelmente luminosa, suave e pacífica. O “indescritível” tem um sentido preciso. As palavras são somente uma tentativa de estimular a fantasia a reclamar à mente uma imagem que, de certo modo, a corresponda. De fato, tal beleza é algo de único, que se adiciona a esta totalidade configurada de maneira individual.

Quem acolhe dentro de si mesmo esta beleza luminosa, suave e pacífica, participa desta luminosidade, suavidade e paz, o que nos faz entender tal estado de ânimo como algo de espiritual e que é proveniente do mundo objetivo. Experimentamos a clareza e a suavidade como propriedades deste vale. Se pensarmos, por sua vez, na configuração do corpo humano, sabemos que este não é formado somente por qualidades materiais, esta configuração é plena de significados e exprime o modo de ser espiritual do homem. Analogamente, encontramos o mesmo na natureza, as cores, as formas do espaço, a luz e a escuridão, a força e a estabilidade, que em conjunto se convergem em um sentido, dizem de uma linguagem espiritual, sem possuírem em si características pessoais humanas. Podemos dizer, portanto, que o sentido espiritual objetivo é o valor que está no mundo objetivo, nas cores, nos sons, nas formas, entre outros, e que pode penetrar em nós, fazendo nos sentir alegres, exultantes, entusiasmados (STEIN, 2000).

Posteriormente, em sua obra *Potenz und Akt – Studien zu einer Philosophie des Seins* (Potência e Ato – estudos para uma filosofia do ser, tradução nossa) a filósofa afirma

que a vida espiritual é o voltar-se ao objeto, o que anteriormente chamamos de intencionalidade, complementando que se trata de um estender-se entre esses dois polos, subjetivo e objetivo. Nesse sentido, ela define que *vida* significa a possibilidade de *ser* em um movimento que vem de dentro. A *vida espiritual*, por sua vez, é saber deste movimento, ser transparente a si mesmo ao ter ciência de si e do que está para além de si, ou seja, é a possibilidade de colocar em movimento aquilo que lhe é próprio e aquilo que é diverso de si mesmo, em uma abertura de dupla direção (STEIN, 2003): “o espírito é um emergir de si mesmo, sendo uma abertura em uma dupla direção: em direção ao mundo objetivo que vem experimentado e em direção à subjetividade estranha, ao espírito estranho, junto ao qual se experimenta e se vive” (STEIN, 1999b, p. 311, tradução nossa). Podemos complementar que tal abertura ao espírito estranho trata-se tanto do voltar-se ao espírito objetivo (das coisas, dos objetos concretos, do mundo externo) quanto da própria espiritualidade subjetiva estranha, ou seja, do espírito subjetivo de outro ser humano que está diante de nós e de si mesmo. A partir desta dupla abertura espiritual podemos já visualizar a possibilidade de conjuntamente experimentar, ou seja, de viver a alteridade.

Até o presente momento, conseguimos vislumbrar a constituição do ser humano composto por um corpo, que não é como qualquer corpo físico, ainda que mantenha suas propriedades naturais. Temos, portanto, um corpo vivente, dotado de psique e espírito. Ao olharmos para a constituição humana a partir da estrutura de corpo, psique e espírito devemos considerar que não se trata de três esferas nitidamente divididas, mas elas compõem harmonicamente uma dinamicidade em constante integração e interação. Stein confirma e aprofunda tais achados da fenomenologia de Husserl referentes à estrutura humana e em suas escavações desvela outros elementos fundamentais, para além deste corpo vivente evidenciado, dotado de sensibilidade e intencionalidade. Estamos, pouco a pouco, entrando no território específico dos estudos de Stein, que busca a compreensão do que vem a ser a pessoa, o que é esta subjetividade específica e complexa, aproximando-nos cada vez mais da sua essência. Dessa forma, devemos agora fixar nossos olhares em direção ao centro desta *Pessoa*, falarmos especificamente de *alma* e da possibilidade de *formação humana*.

2.4 A constituição do ser humano: alma e caráter

O método fenomenológico vem nos auxiliando neste trabalho de escavação humana, em que visamos delinear as estruturas constitutivas fundamentais da pessoa. Após as reduções fenomenológicas, atingimos a consciência intencional, com seus atos e correlatos do mundo. Estamos mergulhados na atitude fenomenológica, em que não nos vemos mais como o centro do mundo, mas como parte do mundo objetivo e buscamos compreender quem é este ser que compreende. Entramos pouco a pouco no terreno da subjetividade. A partir dos achados fenomenológicos, podemos dizer que constitutivamente o ser humano possui um corpo animado, uma psique e um espírito, chegamos à definição de *Pessoa* como um ser livre e espiritual, com uma vigilância e abertura, que é capaz de penetrar o seu olhar nos diversos fenômenos que se mostram do mundo. É um ser que pode dizer *eu*, que é um *eu livre*, com o poder de decidir, de realizar escolhas e possui em si a liberdade e o dever. Seguiremos o caminho de Stein a partir da obra *Einführung in die Philosophie* (Introdução à filosofia, tradução nossa) e como complementação as obras *Potenz und Akt – Studien zu einer Philosophie des Seins* (Potência e Ato – estudos para uma filosofia do ser, tradução nossa) e *Beiträge zur philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften* (Psicologia e Ciências do Espírito – contribuições para uma fundamentação filosófica, tradução nossa), neste percurso de aprofundamento das estruturas essenciais do ser humano.

Quando fixamos nosso olhar a qualquer *ser* vivente, quando o olhamos em busca do seu ser essencial, desvela-se a nós a existência de um núcleo, de um ser vivente que *vive*. Podemos evidenciar em todos os seres vivos que a *vida* se exprime no fato de existir um núcleo que se autodetermina. Diferentemente do *ser* das coisas materiais, que se mantém no tempo ou sofre modificações por meio dos efeitos externos, o *ser* dos seres vivos revela-se como um contínuo processo de desenvolvimento, uma contínua transformação. Olhando fixamente ao fenômeno que estamos desvelando, ainda que cada ser vivo mantenha uma relação de dependência com os efeitos externos, as mudanças, neste ser vivo, resultantes de tais interações externas são originárias em um núcleo. No processo de desenvolvimento existe um impulso que vem deste núcleo, mas que também determina a modalidade do seu curso. Em todos os seres vivos existe uma série de estados mutáveis que testemunham a presença de uma *força vital* variável que vive no organismo. Todos os seres vivos executam uma série de atividades, como nutrição, respiração, entre outros, que auxiliam no alcance da realização

deste núcleo e tais atividades geram um influxo da força vital e dependem, na modalidade das suas funções, dos estados contínuos de tal força.

Os seres vivos, em geral, apresentam tais características. No que se refere ao ser humano, especificamente, podemos atribuir ao *ser* da pessoa os processos vitais presentes nos demais seres vivos? Quando olharmos para a pessoa, evidenciamos também a manifestação de uma *força vital* em fenômenos como vigor, fadiga, ou podemos, por exemplo, caracterizar o curso de uma vida espiritual como leve e vivaz, rápido, intenso, cansativo, débil. Nesse sentido, podemos diferenciar, portanto, duas qualidades de força, uma força vital *sensível* ligada a estados sensível-corpóreos – como, por exemplo, vigor, fadiga – e uma força vital *espiritual* – como leveza, vivacidade, motivação, estados espirituais (STEIN, 2003).

Stein (1999b) afirma que a psique individual está enraizada na força vital pessoal. A vida da psique parece ser o resultado de um efeito combinado entre diversas forças, das quais distinguimos a força vital *sensível*, que se realiza seja na aceitação dos dados sensíveis, seja nos impulsos sensíveis e nas suas atividades. Temos, ainda, a força vital espiritual, que se relaciona também com a *sensível*. Esta força *sensível* serve para a manutenção da força vital *espiritual*, de onde as atividades e capacidades espirituais como criatividade, pensamento, ações se nutrem. Entretanto, a força vital espiritual não representa uma simples transformação da força *sensível*, mas possui em si uma nova fonte de força que pode desabrochar, ainda que somente com a colaboração e consumo da força *sensível*. A quantidade e o grau de desenvolvimento das capacidades psíquicas e as qualidades que um indivíduo pode exteriorizar dependem do nível da força vital. Quanto mais um indivíduo é pleno de força vital, maiores são as capacidades que ele pode desenvolver ou acrescentar ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, podemos pensar que, embora a psique esteja enraizada em uma natureza material, ela tem importante participação também no mundo espiritual. É por meio da força vital espiritual que o mundo dos objetos se torna acessível à psique e ao mesmo tempo torna-se possível aceitar os novos impulsos provenientes deste. Dessa forma, podemos individuar diversas fontes de força que nutrem a força espiritual psíquica: o espírito objetivo, ou seja, o mundo dos valores, e o espírito subjetivo, como, por exemplo, a força proveniente de outros indivíduos.

Da mesma maneira que ocorre com os seres vivos, a vida do ser humano depende das condições do mundo externo, mas diferentemente dos demais, esta dependência possui uma dupla natureza, pois a *Pessoa* pode intervir nos processos externos. Através do seu corpo, o sujeito pode provocar efeitos sobre o mundo externo e usar este corpo como um órgão da sua vontade. Dessa forma, o movimento do seu corpo possibilita o livre agir do qual o *eu* é capaz.

Portanto, além das características de *vitalidade*, *sensibilidade*, órgão da *vontade* e instrumento de *ação* no mundo material, outra função essencial do corpo vivente da pessoa é a capacidade de exprimir também a sua vida interior. Se olharmos o que é realmente esta interioridade que se exprime no corpo, então emerge claramente que o corpo vivente é um sujeito psicofísico. Mas, a psique não é o fluxo de consciência, nem o fluxo contínuo originário do viver, nem a totalidade das vivências. Devemos diferenciar a *consciência* da *psique*. A consciência, apreendida em sua pureza como evidenciamos após as reduções fenomenológicas, é livre e se contrapõe a tudo que existe no mundo objetivo. A *psique*, por sua vez, é uma realidade do mundo, insere-se na categoria suprema da realidade, é uma substância, uma unidade concreta de condições interiores ou de qualidades e no curso da duração do seu ser atravessa uma série de estados e modos mutáveis. Entretanto, podemos ver uma conexão entre consciência e psique, pois a vida psíquica se manifesta na totalidade das vivências que produz o fluxo de consciência. Assim como o corpo vivente, a *psique* também se desenvolve, ela adquire qualidades durante o curso da sua vida e devemos considerar o desenvolvimento da psique e das suas qualidades como um desabrochar de uma predisposição originária (STEIN, 2001).

Embora tenhamos individuado a presença de um núcleo nos seres vivos, Stein no decorrer das suas obras aprofunda suas discussões a respeito de tal predisposição originária do ser humano, que é o núcleo ou o centro desta totalidade constitutiva corpo vivente, psique e espírito. Chegamos, portanto, à *alma da alma* ou *núcleo* da alma (STEIN, 1998). Quando partimos da psique e do fluxo de consciência vemos uma interligação destas com a alma: a estrutura peculiar da unidade psíquica depende do conteúdo peculiar do fluxo de vivência que, por sua vez, depende da estrutura da alma. Mas, o que entendemos por alma? A alma é o espaço central da totalidade corpóreo-psíquica-espiritual e enquanto unidade substancial se manifesta em vivências singulares psíquicas e funda-se no próprio corpo, agindo, dando forma e conservando-o. Entendemos como *alma substancial* o que chamamos de *a minha alma* que se manifesta por meio das *minhas* vivências e atos nos quais vive o meu *eu puro*.

Podemos dizer que o corpo vivente porta o aspecto exterior, ao passo que a alma é correspondente à interioridade, porém a alma necessariamente é sempre alma de um corpo próprio. Segundo Pezzella (2007) quando falamos de *alma* é impossível não referirmos também à psique e ao espírito, pois estamos diante de um processo inseparável, ao qual devemos fazer uma abstração para tentar compreender melhor esses conceitos. Retomando Stein (1999a, p. 394, tradução nossa):

[...] a alma é o espaço central da totalidade composta pelo corpo, psique e espírito; enquanto alma sensível (*Sinnenseele*, termo em alemão) habita no corpo, em todos os seus membros e partes, ela é fecundada por ele, age dando forma e conservando-o. Enquanto alma espiritual (*Geisteseele*, termo em alemão) se eleva para além de si, olha o mundo a partir de fora do próprio Eu, um mundo de coisas, pessoas, acontecimentos, entra em contato inteligentemente com ele.

A alma da alma ou *núcleo* relaciona-se com todas as esferas da complexidade dinâmica da estrutura humana. O núcleo da pessoa é aquilo que ela é em si mesma e também aquilo que diz como *deve* ocorrer a sua vida e como *pode* tornar-se si mesma. Devemos considerar cautelosamente este *poder* e *dever* porque no decorrer da vida o núcleo pode não se manifestar plenamente. Somos livres para colocar em movimento o nosso corpo, para exercitarmos o nosso intelecto, assim como também podemos reprimir impulsos negativos que se despertam em nós, ou orientarmos o nosso olhar voluntariamente a valores alcançáveis e acolhê-los interiormente. Podemos dizer, portanto, que a pessoa *pode* formar a si mesma. Cada vida espiritual é dirigida ao externo, é uma apreensão do mundo, mas, no sentir, o *eu vivente* não apreende somente o mundo dos valores e o mostrar-se destes valores, ele, de fato, o recebe em si mesmo, ou seja, abre a sua própria alma e os acolhe. É o núcleo que garante a singularidade, é algo determinado que diferencia os atos e torna as vivências como algo próprio daquela pessoa e de nenhuma outra, determinando também as suas relações com o mundo objetivo e com os valores. A qualidade unitária que constitui a coloração individual de uma pessoa é o conjunto dos sentidos e valores que esta dá às diversas manifestações do mundo objetivo (STEIN, 2001).

O núcleo possui uma tipicidade, isto é, uma qualidade que impregna de modo total o ser humano tornando-o único, mas também não podemos subtrair a existência de uma influência externa. Chegamos, portanto, à definição de *caráter*, que está enraizado no interno deste núcleo. Segundo Stein (2001), é no âmbito do *caráter* que temos a possibilidade da auto formação. O *caráter* é a capacidade de sentirmos e é também o impulso ao qual este sentir transforma-se em vontade e ação, portanto, podemos dizer que o seu autêntico âmbito é o da vida afetiva e o da vontade. Entendemos o *sentir* como o viver de um valor, ao passo que na consciência é onde se dá o mostrar-se dos valores do mundo objetivo. Nesse sentido, o *caráter* é a abertura (ou eventualmente fechamento) ao âmbito dos valores e a apreensão destes em direção às suas realizações e onde encontramos a possibilidade de formação e educação.

Aquilo que uma pessoa vive depende da sua predisposição interna, mas também das circunstâncias externas, que são diferentes para uma multiplicidade de indivíduos e que se referem ao valor e ao sentimento. Podemos dizer que uma pluralidade de seres humanos que se encontra contemporaneamente no mesmo espaço não pode ter a mesma visão de uma mesma coisa. Existe uma individualidade determinada exteriormente quando falamos do caráter, mas também conjuntamente há uma determinação interior que indicamos como *peculiaridade pessoal*. A *característica pessoal* permite que uma pessoa se torne uma *personalidade unitária*, constituída por uma lei de conexões, um princípio de escolha das qualidades e um conjunto de estados possíveis internamente. A predisposição originária do caráter se distingue de todas as outras inclinações, porque existe na pessoa um momento qualitativo último irreduzível que a marca totalmente e que dá ao caráter a unidade interna, distinguindo esta pessoa de todas as demais. Reencontramos aqui a alma, a *essência da pessoa*, que não se desenvolve, mas se realiza, realiza-se unicamente no curso do desenvolvimento do caráter, em que se manifestam as qualidades singulares e se realiza totalmente ou somente em partes, dependendo das circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis. A sensibilidade estética, por exemplo, é um traço do caráter da pessoa, ainda que esta tenha muito em comum com outras pessoas: são os mesmos valores objetivos que se mostram a todos, mas cada um tem uma relação completamente pessoal com os valores estéticos e a preferência por uma ou outra obra de arte se funda no fato de que esta obra tem algo a dizer somente a cada pessoa, está embasada sobre um acordo último e secreto entre um *eu* e a obra, o que significa que entre a pessoa e cada valor que lhe é acessível existe uma ligação absolutamente individual que se torna claro particularmente na relação com outras pessoas (STEIN, 2001).

Para finalizarmos, podemos retomar nosso caminho de escavação retomando o percurso de Stein (2001): com as análises anteriores chegamos à subjetividade. No cotidiano, por sua vez, quando falamos de *Sujeito*, falamos de pessoas e, usualmente, de seres humanos no mundo. Somos sujeitos de uma vida multifacetada do eu, recebemos impressões do mundo objetivo e encontramos confirmações nele e por ele, intervimos livremente no nosso mundo. Este *eu* também é o íntimo da pessoa, com vida psíquica e espiritual e que tem um aspecto exterior, um corpo que vive. Mas também consideramos a *Pessoa humana* como realidade única, como uma *unidade de corpo vivente e alma*. Mas ainda assim, não finalizamos as possibilidades de definir *Pessoa*. Esta é dotada de qualidades duráveis e de características do corpo vivente - como força e habilidade - e da alma. Mas também falamos de seres humanos que possuem um *caráter*, entendido como um desenvolvimento contínuo, uma formação

continua que se dá em meio às ações externas que suscitam movimentações internas, nas quais se desabrocha a vida. Temos ainda um desabrochar da personalidade, como algo enraizado na *Pessoa*, algo que é gradualmente iluminado no decorrer da vida. Em síntese, segundo Stein (2001, p. 148, tradução nossa):

[...] no interno do significado de Pessoa temos, portanto, um sujeito de uma vida egológica atual, que possui um corpo vivente e uma alma, com qualidades corpóreas e espirituais, de modo particular, dotado de caráter e que desenvolve as suas qualidades sobre o efeito de circunstâncias externas e neste desenvolvimento desabrocha uma inclinação originária.

2.5 A constituição do ser humano na alteridade: empatia, comunidade e Estado.

Seguindo o caminho percorrido até o momento, chegamos a uma dinamicidade complexa formada por um corpo vivente, psique, espírito e alma. Uma descrição universal do ser humano não desconsidera a essencialidade da singularidade do ser. Mas, não podemos concluir uma análise do indivíduo humano feita isoladamente, tal análise trata-se de uma abstração. Para compreendermos a estrutura da pessoa humana na sua completude é preciso ir além do si mesmo: cada indivíduo possui o seu ponto de orientação inicial em relação ao seu corpo e à sua vida, de onde partem as próprias ações no mundo objetivo. Mas também, cada indivíduo se depara imediatamente com outro ser humano que possui o seu ponto inicial, que é próprio do outro, ainda que estruturalmente sejam similares. O outro se apresenta similar, sabemos que ele vive como cada um vive, no nível físico, com o seu corpo vivente, seu espírito, mas são vidas diferentes, não podemos confundir cada fluxo de consciência próprio, que porta uma vida corpórea, psíquica e espiritual. Cada um vive a sua vida, sente e experimenta o seu corpo, mas também cada um é sujeito livre e pode motivar as suas escolhas porque possui também a esfera do espírito. Dessa forma, para uma análise mais completa da estrutura da pessoa humana devemos agora nos aprofundar na constituição do *ser* a partir da alteridade, apresentando as contribuições da autora acerca da empatia, comunidade e Estado (STEIN, 2000).

2.5.1 Empatia

Stein (1998) analisa o conceito de *empatia* em sua tese de doutorado, à qual tomaremos como base neste tópico, visando clarificar qual é o significado específico de tal conceito, enquanto um ato de consciência, numa compreensão fenomenológica. Quando partimos do evidente manifestar-se do fenômeno que nos é revelado concretamente e plenamente por meio do mundo da nossa experiência, imediatamente nos damos conta que o fenômeno de um indivíduo psicofísico é de fato diferente do mostrar-se de um objeto físico. O outro possui um corpo próprio vivente, possui uma sensibilidade, um *eu* capaz de ter sensações, agir, pensar e desejar, que possui o seu corpo como seu ponto de orientação inicial, assim como cada um de nós possuímos o próprio ponto. Estes diferentes modos de revelar-se da experiência do outro nos conduz a um gênero de atos nos quais é possível apreender a vivência própria do outro: o ato que nos permite apreender que aquela vida è análoga a minha se chama *empatia*. Podemos nos dar conta que os outros são similares a nós mesmos, entretanto, nunca esta outra pessoa será idêntica. Dessa forma, podemos compreender que as vivências são diferentes para cada indivíduo, mas ainda assim podemos compartilhá-las através do ato da empatia.

A empatia não é como um simples ato de percepção, mas tem em comum com este o desvelar imediato do objeto que está diante de si, o outro, o que nos permite vislumbrar que a empatia, assim como a percepção do mundo objetivo, é um ato dado. Entretanto, em sua característica peculiar, difere dos demais atos porque se trata de um ato não originário. O que entendemos por atos originários? Dizemos *originários* para todas as nossas vivências em que os seus conteúdos são originariamente oferecidos a nós e vividos por nós, seus conteúdos são presentes em nós mesmos. Porém na empatia, ainda que o ato empático atualize a vivência no momento em que cada um está envolvido no estado de animo do outro, o seu conteúdo não é originário em mim, mas sim no outro que está diante de mim. Podemos exemplificar com os movimentos de um acrobata. No momento em que vemos um acrobata, temos esse mostrar-se objetivamente diante de nós, é ofertado a nós, porém enquanto o vemos não realizamos os mesmos movimentos dele, estamos coenvolvidos, jamais poderemos ser ele, pois cada *eu* vive em um corpo próprio e não poderíamos jamais completar o mesmo movimento dele. Podemos nos aproximar, tentarmos repeti-lo, mas jamais poderemos estar imersos nos atos dele, propriamente. Quando olhamos para ele, a vivência do *eu me movo com ele*, interiormente, não se origina em mim. Dessa forma, Stein (1998) conclui que o ato empático é, portanto, um

ato concreto e originário (na medida em que o recebo improvisamente diante de mim) por meio do qual podemos apreender de modo não originário a vivência ou o conteúdo da vivência do outro (o movimento corporal). O mesmo acontece diante de uma alegria, no momento em que encontramos alguém que está extremamente alegre, somos tomados por esta alegria, porém o seu conteúdo é pertencente ao outro, podemos nos alegrar também, mas se trata de um ato oferecido e não originário em nós mesmos.

No que se refere à concepção do corpo próprio estranho distinto dos outros corpos físicos, devemos considerar brevemente alguns aspectos sobre a constituição do organismo psicofísico. Primeiramente, como atribuímos ao outro as características encontradas no meu ser psicofísico? Em nosso corpo vivente não apenas vemos a nossa mão, mas ao mesmo tempo a sentimos internamente. Entretanto, não podemos perceber os campos sensoriais do outro, mas podemos intuí-los, eles se desvelam à nossa consciência por meio do ato de empatia. Esse ato é mais completo quanto mais próximo ao nosso tipo (no humano, reconheço plenamente a mão humana, seja masculina ou feminina). Outro aspecto interessante na percepção psicofísica do outro é a possibilidade de enriquecimento da própria imagem do mundo por meio das imagens dos outros, evidenciando a importância do ato da empatia para a experiência do mundo real externo. Assim como cada um possui o seu ponto de orientação zero, o outro possui também o seu ponto inicial, então, quando apreendemos o outro como um corpo próprio sensorial, cada um pode se transpor a ele, ganhando uma nova visão do mundo. Essa imagem empatizada no outro não é apenas uma modificação da minha imagem, mas desvela a cada um a característica apreendida pelo corpo próprio estranho. O meu ponto zero deixa de ser unicamente meu, passo a considerá-lo como um ponto espacial entre muitos. Vemos, portanto, cada corpo próprio ao lado de outros. Assim, a empatia se revela como uma possibilidade de constituição do próprio indivíduo e do mundo real externo através da experiência intersubjetiva. Tanto o mundo percebido por cada um, quanto aquele dado de modo empático é o mesmo mundo visto de modo diverso. Através do ato empático podemos ver ambos os modos ao mesmo tempo, diferentemente do que ocorre na percepção individual do mundo objetivo. Com isso, a aparição do mundo se mostra dependente da consciência individual, mas o mundo – que é sempre o mesmo – é independente da consciência. Por meio da empatia atravessamos as barreiras da percepção individual, abrindo-se para outras possibilidades que nos permitem ampliar o conhecimento do mundo externo existente.

Os sentimentos vitais são outro grupo de fenômenos que constituem o indivíduo e que se manifestam no corpo como vivências psíquicas e que apreendemos por meio da empatia. Fenômenos como o crescimento, o desenvolvimento, a saúde, a doença, como

vivência própria, preenchem o corpo vivente e a alma, conferindo a cada ato espiritual e a cada processo corporal uma coloração, sendo, portanto, vistos em conjunto com o corpo próprio. Assim, vemos em cada movimento do homem o seu *modo de sentir si mesmo*, isto é, suas forças, disposição e similares. É possível preenchermos esta vivência do outro no momento em que, compreendida conjuntamente por meio do ato da empatia, realizamos juntos. Concluimos que, para apreender a vida, no outro, é necessária a empatia. Temos também os fenômenos expressivos como, por exemplo, a vergonha, a raiva, que indicam a presença de uma vida psíquica no outro e são apreendidos por meio da empatia. Neste caso, os fenômenos vêm expressos por meio do outro, podemos perceber as sensações e sentimentos vitais do outro, aqui o foco é a expressão, é a possibilidade de apreender um sentimento por meio da expressão, diferentemente do ato sensível percebido no corpo. Por exemplo, empatizar a mão do outro é um esfera sensível percebida junto com o corpo, já empatizar a tristeza ou a vergonha na expressão do rosto do outro significa apreender um sentimento por meio da expressão. Dessa forma, a vivência e a expressão formam uma totalidade compreensível. Apreendemos uma expressão e por meio dos fenômenos expressivos somos levados ao interno de nexos significativos do outro. Não apenas apreendemos as singulares vivências e os singulares nexos significativos, mas os assumimos como manifestações das propriedades individuais do seu portador. Stein exemplifica: “no olhar amigável não apreendo somente um sentimento atual, mas a gentileza como propriedade habitual; em uma reação de ira se revela a mim uma ‘índole violenta’, estas propriedades se constituem eventualmente para mim em sucessivos atos empáticos que se confirmam e se corrigem” (STEIN, 1998, p. 188, tradução nossa). Dessa forma, podemos obter uma imagem do *caráter* do outro, como unidade de tais propriedades. O próprio caráter nos serve como ponto de partida para avaliar outros atos empáticos, de modo que o indivíduo constitui-se para nós segundo todos os seus elementos. Em síntese, podemos dizer que percebemos os objetos físicos por meio da percepção interna, ao passo que apreendemos o outro ser vivo por meio do ato de empatia, com o qual podemos chegar ao íntimo do outro, e dessa forma, a apreensão estranha nos permite conhecer a nós mesmos.

Se olharmos para o caminho percorrido até o momento sobre a análise do psicofísico, vemos que qualquer percepção externa ou qualquer ato de empatia entendido no seu sentido literal (como a apreensão de um ato sensível do outro), revela-nos que já estamos penetrados no reino do espírito. A nossa consciência compreendida como correlato do mundo objetivo (ou seja, o mundo próprio, como ele se oferece à consciência, e neste sentido, que está em relação com ela) não é natureza, mas é *espírito*. Através do ato de empatia podemos apreender

não apenas o corpo vivente do outro, mas a presença de um *eu* que se dirige intencionalmente em direção aos objetos, que parte do seu ponto de orientação inicial e que pode também perceber, que sente e que exprime de maneira significativa todo o seu sentir e é neste *sentir* que se constitui um novo mundo de objetos, o mundo dos *valores*. Quando olhamos para o outro e percebemos nele uma alegria, podemos dizer que existe para esta pessoa algo alegre, os próprios estados de ânimo possuem o seu correlato objetivo, para quem é sereno o mundo é imerso em uma luz rosa, para quem é triste, é cinza. Isso se revela mais nitidamente no âmbito da vontade. Segundo Stein: “o ato da vontade não tem diante de si somente um correlato objetivo – o desejado – mas, enquanto realiza por si a ação, confere uma realidade ao desejado e torna-se criativo” (STEIN, 1998, p. 196, tradução nossa). Dessa forma, o inteiro mundo da cultura, tudo que está nas mãos dos homens, todos os objetos de uso, os artesanatos, são correlatos do mundo do espírito que se realizam. Quando seguimos o processo de formação das obras do espírito, encontramos que o espírito próprio está em realização, mais precisamente, quando um sujeito espiritual apreende empaticamente o outro sujeito, vem sempre revelado o seu operar.

De que modo a constituição do outro se diferencia da própria pessoa, para além da constituição psicofísica? Assim como a pessoa se constitui nos atos próprios originários do espírito, podemos dizer que o outro se constitui nos atos vividos empaticamente. Quando vivenciamos a ação de uma pessoa, tal ação provém de um querer e, por sua vez, de um sentir. Dessa forma, revela-se a nós, simultaneamente, um estrato da sua pessoa e um âmbito de valores que, em linha de princípio, é passível de ser vivenciado por ela. Tal âmbito, por sua vez, motiva tanto a espera de atos de *desejos* futuros possíveis, quanto de *ações* futuras possíveis. Assim, uma singular ação ou uma singular expressão corporal, como, por exemplo, um olhar ou um sorriso, pode nos oferecer a possibilidade de desvelamento do núcleo da pessoa.

Além disso, o conhecimento da personalidade do outro favorece também o nosso autoconhecimento. Conhecer a personalidade do outro não apenas nos ensina a nos colocarmos como objetos de nós mesmos, mas também nos conduz ao desenvolvimento. Quando pensamos na empatia de *naturezas afins*, ou seja, de pessoas do mesmo tipo, aquilo que antes estava adormecido se desenvolve, ao passo que a empatia de estruturas pessoais diversamente formadas, torna claro a nós aquilo que não somos ou que somos de mais ou de menos em relação aos outros. Assim, é nos oferecido, ao mesmo tempo, para além do autoconhecimento, uma importante ajuda para a autoavaliação. A fundação de um valor se dá no fato de vivê-lo. Por meio da empatia adquirimos novos valores e com estes, o olhar se abre

simultaneamente para os valores desconhecidos da própria pessoa. Diante do ato da empatia também nos confrontamos com valores evitados e nos tornamos conscientes de um próprio defeito ou não valor. Cada apreensão de pessoas de outros gêneros pode se tornar a base de um confronto de avaliações. Do momento que vivemos atribuindo maior ou menor valor a nós em confronto com os outros, aprendemos a avaliar justamente a nós mesmos, pois nesta frequente alternância desvelam-se valores que por si permaneceriam não observados.

2.5.2 Comunidade

O tema da empatia nos abriu um novo horizonte de análise da estrutura humana, com ele foi possível ampliarmos nosso olhar para a importância do ato empático e da relação com o outro ser humano, da necessidade de apreendemos o significado pleno da psique e do espírito para além da análise do sujeito singular. Nesse sentido, a filósofa avança, apresentando contribuições no que se refere às relações entre *Pessoas* e às associações humanas. Traz conceituações fenomenológicas acerca da experiência em comunidade, em sociedade e na massa. Para Stein (2000), a existência de um ser humano é a existência em um mundo e a sua vida é vivida em comunidade. Ainda que seja mais comum nossos olhares voltarem-se sempre para os indivíduos, quando olhamos ao nosso redor, encontramos diversas formas de associações humanas, que podem ser comunidades como famílias, povos, comunidades religiosas. Encontramos a comunidade na vida externa, mas esta também se revela dentro de nós quando vivemos como um membro da mesma.

Podemos, inicialmente, apontar duas formas de relação entre pessoas: “quando uma pessoa se coloca frente à outra, como uma relação de sujeito e objeto, a examina e a considera segundo um plano estabelecido sobre a base do conhecimento adquirido e espera dela ações orientadas, neste caso, ambas convivem em uma *sociedade*”. Quando, ao contrário, “um sujeito aceita o outro como sujeito e não está em frente, mas *vive com ele* e ambos são determinados por temas vitais mútuos, neste caso os dois sujeitos formam uma *comunidade*”. Na sociedade “cada um é sozinho, é uma monade que não possui janelas. Por outro lado, na comunidade, o que predomina é a solidariedade” (STEIN, 1999b, p. 160, tradução nossa).

A comunidade se apresenta como uma conexão orgânica e podemos compreendê-la através de um paralelo entre sujeito singular e o comunitário. Nesse sentido, para falarmos da

estrutura da vivência comunitária devemos partir das nossas definições iniciais acerca do *eu*, retomando que o *eu individual* é este e nenhum outro, único e indivisível, o ponto de irradiação de qualquer vivência. É diferente do que chamamos de *eu puro*, que não necessita de nenhuma condição material para se delimitar em relação aos outros e de onde flui continuamente a vida da consciência atual. A vida atual flui constantemente, move-se ao passado e se torna vida vivida, fechando-se em uma unidade do fluxo de consciência constituído, que coincide sempre com o fluxo que está se constituindo atualmente. Este *eu*, apesar de sua singularidade e insuprimível solidão pode entrar em uma *comunidade de vida* com outros sujeitos. Na vida atual da comunidade de sujeitos, ou como podemos chamar de sujeito comunitário, pode se constituir um fluxo de vivências supraindividual.

Mas o que é *sujeito comunitário*? Quando confrontamos uma vivência pessoal e uma vivência comunitária nos damos conta que o sujeito do viver, a estrutura da *vivência* e o *fluxo* no qual a vivência comunitária se insere são diversos em relação ao pessoal. O sujeito que devemos olhar na vivência comunitária é aquele que possui em si uma multiplicidade de *eus* individuais, quando possuímos uma vivência comunitária sentimos em nós este sujeito, ele vive em nós. Isso significa que as vivências da comunidade possuem a sua origem nos *eus* individuais que pertencem à comunidade. Não podemos falar de um *eu puro* comunitário, mas sim de um *sujeito*. Assim como falamos de uma personalidade individual que se constitui nas vivências individuais, e a partir das quais podemos compreender as vivências individuais, podemos também falar de uma correspondente *personalidade global*, cujas vivências podem ser examinadas como vivências comunitárias. A expressão *personalidade* se refere a uma conexão profunda proveniente da força psíquica e espiritual do indivíduo singular, o qual interage com os outros, mesmo mantendo sempre a sua individualidade; da qualidade desta interação nasce a comunidade e esta também pode ser extinta com uma desagregação. Uma vez constituída a comunidade sobre a base de uma relação recíproca positiva, ela pode ser considerada como uma unidade de tipo pessoal.

Mas também a estrutura da vivência comunitária é diversa da individual. Quando separamos o *conteúdo* da vivência do seu *ser vivido*, distinguimos a *consciência* do viver. Para lembrarmos, a consciência sempre acompanha o viver sem torná-lo objetivo, mas podemos refletir sobre este viver, tornando-o, portanto, uma vivência objeto. Entretanto, na estrutura da vivência comunitária não podemos dizer de um fluxo de consciência, pois ela está diretamente ligada a um indivíduo que participa da comunidade. As vivências da comunidade, entretanto, acolhem em si uma unidade que nos permite falar de um fluxo de vivência. Analisando a estrutura da vivência comunitária, no que se refere ao *conteúdo* da vivência,

devemos distinguir o que o indivíduo experimenta como membro da comunidade e o que a comunidade vive propriamente. Para além do conteúdo vivido individualmente, há um *sentido* que existe objetivamente, que se valida para além da vivência individual. O dado objetivo é sempre o mesmo, independentemente de como nós o caracterizamos, que corresponde ao conteúdo do significado de cada vivência singular. Portanto, em cada conteúdo de vivência devemos separar um núcleo de sentido objetivo e uma esfera especial que tal núcleo assume no viver deste ou daquele eu. No caso de uma vivência individual, o seu conteúdo é constituído por uma multiplicidade de elementos que cresce na continuidade do viver, mas somente no indivíduo podemos dizer que o conteúdo da vivência pertence a um fluxo de consciência; já na constituição da vivência comunitária não temos um fluxo de consciência, mas temos uma inteira série de fluxos de consciências cooperando. O conteúdo da vivência comunitária tem a sua própria coloração, com um núcleo de significado, mesmo sendo determinado pelos particulares conteúdos das vivências individuais, os quais participam da constituição da vivência comunitária. Em outras palavras, a estrutura da vivência comunitária é, portanto, constituída por uma multiplicidade de vivências singulares, mas na sua coloração de vivência é única, assim como são as vivências individuais. No que se refere ao *ser vivido* da vivência comunitária, o mesmo conteúdo, segundo seu patrimônio de significado, pode ser vivido de maneira mais ou menos contínua, profunda, ou seja, cada indivíduo sente o conteúdo de modo diverso e estas diferenças têm a sua correspondência nas múltiplas colorações da vivência, do conteúdo de sentido. A vivência comunitária, portanto, constitui-se através das vivências singulares dos indivíduos que participam dela de maneira única para esta comunidade.

Podemos também caracterizar a comunidade por meio da força vital que pertence à dimensão psíquica (BELLO, informação verbal)³. Na psique existe uma relação mútua de trocas, em que a força vital provém dos indivíduos singulares que contribuem para formar a comunidade, mas quando objetivada na própria comunidade essa força pode servir de estímulo a cada um. O indivíduo também pode pertencer a comunidades diversas, dando e recebendo delas sem exaurir a sua força vital. Vale ressaltar que a possibilidade de formação de uma comunidade está ligada a compreensão recíproca dos indivíduos. Quando os sujeitos entram em relação, existe também um terreno fértil para uma unidade de vida, para uma vida comunitária que se alimenta em uma única fonte. Esta comunidade de vida entra em vigor

³ **A formação da pessoa, reflexões do ponto de vista antropológico.** Informação fornecida por Angela Alles Bello, trabalho de evento não publicado.

quando os indivíduos se oferecem espontaneamente uns aos outros, quando eles estão abertos reciprocamente e não possuem a atitude artificial da sociedade, em que cada um é visto como objeto. Segundo Bello (informação verbal)⁴, em uma atitude de disponibilidade nos confrontos com os outros encontramos a *solidariedade*, que podemos definir como a abertura em direção aos outros, presente na eficácia positiva de cada ação ou intervenção recíproca, na unidade ou globalidade de tais relações. Na solidariedade se manifesta a força vital comunitária e, dessa forma, delinea-se uma personalidade unitária supraindividual. Um indivíduo pode fortalecer o outro ao transmitir o seu estado vital. Mas também um sujeito pode vir em ajuda ao outro e assim torná-lo mais forte e vivo ou, então, paralisar as suas forças. Estamos falando dos atos sociais com os quais um se dirige e se volta para o outro. Entendemos como atos sociais os atos nos quais uma pessoa se direciona a outras, como pedidos, perguntas ou ordens (STEIN, 2000). Todos estes atos têm em comum a vontade de mover as outras pessoas a um determinado comportamento, gerando um contexto operativo supraindividual. São também atos sociais, em um sentido mais amplo, as atitudes que se assumem no confronto com as outras pessoas. São exemplos: o amor, a confiança, a gratidão, a fé em um ser humano, a admiração, os quais representam uma resposta a valores pessoais, ainda que não mantenham uma ligação recíproca. Por outro lado, encontramos a desconfiança, a antipatia, o ódio e todas as atitudes desfavoráveis. Dessa forma, as atitudes espontâneas no confronto com outras pessoas se dividem em positivas e negativas, ou em outras palavras, podemos dizer que o *ser* da pessoa vem afirmado ou negado. O amor nos torna forte e nos estimula, fornecendo a força para fazer algo imprevisível. Já a desconfiança, por exemplo, paralisa as nossas forças criativas. As atitudes dos outros preenchem subitamente a nossa vida interior se não nos fechamos a elas. Já o amor e as atitudes positivas no geral não nos consomem, são fontes das quais podemos nos nutrir e também nutrir aos outros sem nos empobrecermos, tratando-se de uma fonte inexaurível. Temos também atos sociais que podem produzir ou anular realidades objetivas no mundo social como, por exemplo, uma promessa que produz um direito o qual exige sua realização, ou uma renúncia ao objeto do qual se tem direito.

Se entendermos a comunidade como uma unidade de vida, que pode ser analisada a partir da sua estrutura das vivências comunitárias, de uma dimensão psíquica objetiva, com força vital e expressividade, entendida como uma *personalidade* é possível, assim, tentarmos clarificar o caráter, a alma e o espírito da comunidade. Ao falarmos de comunidade como uma

⁴ **A formação da pessoa, reflexões do ponto de vista antropológico.** Informação fornecida por Angela Alles Bello, trabalho de evento não publicado.

personalidade global, podemos penetrar nas profundezas da vivência comunitária. A partir do momento em que se alcança uma comunidade de vida, não age mais o singular, mas é a comunidade que age sobre o indivíduo e por meio dele. Quanto mais a vida comunitária penetra nos estratos profundos da personalidade, mais profundamente também o sujeito singular é permeado pelo *caráter* da comunidade e dessa forma, podemos falar de um caráter da comunidade. O *caráter* da comunidade é também uma estrutura pessoal, mas que acontece somente quando se realiza uma vida comunitária e na medida em que os indivíduos vivem como membros desta comunidade. A estrutura do seu caráter de comunidade depende, portanto, do quão profundamente a comunidade é ancorada no indivíduo e de como este age em relação a ela. Se, por exemplo, ela é considerada preciosa, está fundada sobre disposições positivas e cercada pelas satisfações de um impulso interior, se os seus membros sentem-se profundamente ligados a ela, para um observador externo ela aparecerá plena de forças, sólida e resistente e terá, para os seus indivíduos, um valor cada vez mais alto quanto mais ela se enraizar neles. O que impulsiona os indivíduos a unirem-se e atuarem em comunidade é a possibilidade de transformação da pessoa em busca de um valor mais elevado. Mas, não apenas isso, Stein afirma que além da possibilidade de uma elevação pessoal é, sobretudo, a liberação do indivíduo da sua solidão natural e a formação de uma personalidade supraindividual que une em si as forças e as capacidades dos singulares (STEIN, 2000). Mas, o caráter da comunidade pode se transformar, se o caráter dos indivíduos que fazem parte dela muda, ou se entram ou saem outros membros. Quando olhamos para um indivíduo que faz parte desta comunidade, cada uma de suas vivências e de suas capacidades psíquicas possui um momento *individual* e outro *específico*, ou seja, uma estrutura geral que uma pessoa pode compartilhar com outras. Dessa forma, nem todas as vivências individuais contribuem para a constituição supraindividual e também nem tudo o que se apresenta na vida da comunidade faz parte da conexão do seu curso vital. A possibilidade de uma vida comunitária está na confluência crescente de singulares fluxos de vivência, em que todos que fazem parte de uma estrutura espiritual e psíquica comum contribuem para formar uma unidade, um patrimônio comum. Em outras palavras, quando uma multiplicidade de sujeitos entra em uma relação atual, torna-se possível uma experiência do tipo comunitária, ou seja, uma troca recíproca de experiências.

Mas devemos atribuir *alma* à comunidade, assim como fizemos na análise da estrutura singular da pessoa? Podemos dizer que, quando os indivíduos fazem tudo com as suas interioridades profundas, com as suas almas, devemos falar, sem dúvidas, de uma alma da comunidade formada por eles. A vida da comunidade não se restringe à atividade externa,

mas é contemporaneamente um ser interior. Quando uma comunidade realiza qualquer ação em direção ao externo, também a sua atividade porta uma impressão do seu modo de ser interior. Porém, quando algumas pessoas vivem conjuntamente sem se doarem interiormente uma à outra e à comunidade, não podemos falar de uma alma da comunidade, estes não possuem nenhuma união íntima, cada um vive a sua própria vida interior completamente para si mesmo, independentemente das ligações externas que os unem aos outros. Neste caso, o fato de se apresentarem comunitariamente ao externo mostra uma determinada tipicidade, na qual podemos afirmar a existência de um caráter, mas falta a necessidade interna e a completude, falta um espírito comunitário. Mas, o que é exatamente o espírito da comunidade? Significa mais do que o simples fato de que a comunidade conduza uma vida espiritual, ou seja, que esta seja aberta ao mundo objetivo, confrontando-o com atos completos de sentidos. Significa, de fato, que esta vida mostra uma unidade qualitativa, que se configura movendo-se do centro em direção a uma totalidade. Se o centro de tal formação unitária dos indivíduos ou da comunidade se apresenta entre seus membros, então podemos atribuir a ela uma alma, pois possuir uma alma significa que os seus membros portam em si próprios o centro de gravidade do próprio ser (STEIN, 2000).

Chegamos, portanto, ao que seria um ideal de comunidade: a comunidade entendida como pessoa é *a unidade de pessoas autônomas, espirituais e individuais*, em que todos os membros são *Pessoas*, no sentido pleno da palavra, no qual todos participam com a alma da vida da comunidade, todos são conscientes da própria condição de membros e da própria responsabilidade *na* e *para* a comunidade. Entretanto, tal consciência de responsabilidade comunitária é também possível mesmo se nem todos os membros se tornam pessoas livres e plenamente conscientes ou se nem todos a vivem com a sua alma. Se a comunidade não possui pessoas livres ou se não possui nem mesmo uma pessoa que a construa a partir da sua própria vida pessoal (comunitária), não temos a responsabilidade, não temos um agir livre, nem uma auto-organização, mas somente um fazer instintivo que não porta nenhuma responsabilidade. Devemos considerar, ainda, que na vivência comunitária deva existir uma vida originária e própria, em que a compreensão e a convivência sejam elementos fundamentais. Dessa forma, atingimos nosso objetivo maior, que é a definição do que entendemos como a forma mais alta de comunidade, como “a união de pessoas totalmente livres ligadas entre si pela sua vida pessoal mais íntima, ou pela vida da alma, em que cada uma delas se sente responsável por si mesma e pela própria comunidade” (STEIN, 2000, p. 294, tradução nossa).

2.5.3 Comunidade de Povo e Estado

O trabalho de escavação realizado até o momento nos conduziu para a estrutura humana, chegamos às dimensões psíquica, corpórea, espiritual, concluindo que na essência do ser humano existe uma alma, onde podemos dizer sobre a alma da alma, sobre o aspecto mais singular e unitário que cada pessoa possui, que não se constrói nem se constitui, mas se realiza no decorrer da vida, interrelaciona-se internamente e externamente, contribuindo para a formação do caráter, quando recebemos as influências do meio externo e dialogamos internamente com a nossa alma, chegando, portanto, à definição de *Pessoa*. Mas, a pessoa não é um ser isolado no mundo, está em constante relação com o mundo objetivo por meio dos atos perceptivos, mas também com outros seres humanos, através da empatia. Podemos reconhecer especificamente que estamos diante de outro ser humano, e que este é tão singular e unitário como somos e nos vemos, que também nos relacionamos com este outro, o qual nos auxilia em nossas autoavaliações e no autoconhecimento. Dessa forma, atingimos mais um aspecto fundamental da estrutura humana: o ser humano é um ser em relação subjetiva e intersubjetiva.

No que concerne o aspecto das relações intersubjetivas, Stein nos revela três tipos de associação, a massa, a sociedade e a comunidade, já descritas anteriormente, mas que podemos retomar brevemente a fim de nos aprofundarmos em suas investigações sobre o Estado (STEIN, 1999c). Partiremos, principalmente, de sua obra *Eine Untersuchung über dem Staat* (Uma pesquisa sobre o Estado, tradução nossa) com o objetivo de compreendermos as contribuições político-filosóficas desveladas por Stein. Mesmo após 50 anos, tais considerações demonstram serem atuais e possíveis de promover o diálogo com problemas fundamentais que enfrentamos no nosso cotidiano.

Segundo Bello (2004) (informação verbal)⁵ Stein afronta indiretamente questões políticas, interessando-se por diversos setores da atividade humana desde jovem. Sempre analisou as situações de modo extremamente realístico, apontando as dificuldades de um desenvolvimento real da pessoa humana, das comunidades e do Estado. Devemos considerar que a sua posição volta-se sempre a uma descrição essencial dos fenômenos, dizendo-nos

⁵ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

sobre as diferenças entre a teorização, que pode servir de luz para o comportamento humano, e as situações reais e concretas que não possuem a mesma pureza.

A massa é o tipo de associação mais básico que temos e se caracteriza por indivíduos que a formam e se influenciam alternadamente sem se darem conta do influxo praticado, vivendo de modo uniforme. É movida por um contágio psíquico, ou seja, um movimento em que as atitudes não são guiadas por uma posição racional e voluntária. Ainda que na prática seja possível encontrarmos a massa ao interno do Estado, este tipo de associação não corresponde ao que seria, de fato, a estrutura ôntica do Estado. Podemos ainda diferenciar a estrutura da comunidade e da sociedade e encontramos que a sociedade pode ser uma variante racional da comunidade, considerando que as sociedades são produzidas, ao passo que a segunda é constituída. Na comunidade, seus membros vivem uns com os outros, nenhum é absorvido na sua própria vivência momentânea, a vida é compartilhada por sujeitos que se sentem parte dela. Seus membros assumem responsabilidade recíproca, movendo-se da corporeidade que passa através da psique e que não é eliminada, mas complementada pelo controle da dimensão espiritual. Na comunidade, regras específicas podem ser assumidas sucessivamente por diversos indivíduos, o que nos permite falar de uma *organização*, aproximando-nos do que seria a estrutura do Estado, compreendido a partir de um grau superior de desenvolvimento. A vida comunitária é uma associação na qual o ser humano deve se realizar, portanto, ela assume um papel central também para a constituição do Estado.

Segundo Bello (2004) (informação verbal) ⁶ o Estado é uma formação jurídica que garante a impessoalidade nas relações humanas, a igualdade dos cidadãos e o direito de todos. As comunidades podem se constituir a partir do número de indivíduos, das formas de enraizamento e das relações com outras comunidades. Existem comunidades que em si não são formadas por outras, como no caso da família ou laços de amizade, com poucos membros que se conhecem profundamente. Mas, estas podem se inserir em comunidades mais amplas, como, por exemplo, religiosas ou de povos, em que a personalidade não é conhecida a fundo e possui um maior número de indivíduos. O desenvolvimento dessas comunidades mais amplas depende do sentido de pertencimento a esta, segundo o espírito das comunidades mais estreitas e dos indivíduos que a compõe. Nesse sentido, podemos também definir a existência da comunidade de povos: esta possui uma multiplicidade aberta de indivíduos, de modo tal que é praticamente impossível um contato pessoal com todos os seus membros, mas há uma

⁶ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

corrente de vida com uma consciência comunitária e com contínua alternância da solidariedade, em que é proveniente do seu espírito uma *cultura* própria, determinada de seu caráter específico. Espera-se que a comunidade de povo seja, por essência, criadora de cultura. Cada cultura em si, distinta de tudo o que está fora, reconduz a um centro espiritual que representa a sua origem e este centro é uma comunidade criativa em que a característica psíquica específica é ativa e reflete em todas as suas produções. Mas existe relação entre povo e Estado? A existência do Estado não é ligada necessariamente a um povo, é possível que mais de uma comunidade de povos aceitem a constituição de um único Estado que compreende a todas, regulando do mesmo modo ou de modos diversos a vida dos povos enquanto comunidade. Mas, o povo, enquanto personalidade com características criativas, exige uma organização que assegure a ele uma vida conduzida com uma autonomia própria. O Estado, por sua vez, que se organiza sobre a plenitude do poder, requer uma força criativa que prescreva conteúdo e direção à sua capacidade organizativa, conferindo a esta uma regra interna. Ambos, o povo e o Estado, possuem como característica a possibilidade de compreender uma multiplicidade aberta de indivíduos que não são reconhecíveis de modo detalhado.

No intermédio entre as comunidades estreitas como, por exemplo, as famílias, e as comunidades mais amplas, como os povos, existe uma base de vida comunitária de indivíduos que vivem no Estado, a comunidade estatal. Nesta, segundo Bello (2004) (informação verbal)⁷ os cidadãos que fazem parte do Estado desejam constituir uma comunidade estatal, são conscientes e aceitam o pertencimento a tal comunidade e a estrutura comum e jurídica dela, que garante a divisão dos três poderes, legislativo, executivo e judiciário. Para justificar uma pluralidade de entidades estatais ligadas, segundo Stein (1999c) o Estado deve possuir como característica essencial a *soberania*, no sentido da autonomia nos confrontos com os outros Estados. Ele deve ser dono de si mesmo, as formas de vida do Estado não devem ser determinadas por nenhum poder externo, seja este representado por uma pessoa singular ou mesmo por uma comunidade.

Bello (2004) (informação verbal) resume a relação do Estado com a pessoa, retomando o pensamento de Stein, que afirma que é na comunidade que se dá a realização plena da pessoa, sendo esta também aquela que garante o funcionamento do Estado. Entretanto, ambos deveriam estimular a plena realização da pessoa, que deve ser

⁷ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

compreendida em sua singularidade. Nesse sentido, o processo complexo que nos conduz à compreensão do Estado pode ser esquematizado da seguinte maneira: o indivíduo visto como pessoa, ou seja, na sua unidade corpórea, psíquica e espiritual e na diversidade das suas manifestações, é o elemento constitutivo da comunidade; esta, por sua vez, estrutura-se em uma pluralidade de formas entre as quais em um grau superior encontramos a comunidade estatal, caracterizada por uma estrutura jurídica. O Estado em si é impessoal e vive por meio da sustentação dos cidadãos singulares e, particularmente, dos sustentadores do Estado, ou seja, dos seus funcionários. Aqui está, segundo Bello (2004) (informação verbal)⁸, o grave problema das relações entre Estado como estrutura jurídica e ética. São centrais para este problema, portanto, a importância dos funcionários na vida do Estado. São estes que assumem a responsabilidade em sentido moral da condução do próprio Estado, ou seja, a atitude fundamental de uma comunidade de pessoas diante do mundo de valores. Sobre a ética, afirma que esta não é propriamente pertencente ao Estado, mas se refere sempre ao comportamento de cada singular ser humano que responde em cada caso sobre suas ações. Os sustentadores do Estado são responsáveis em primeira pessoa pelas escolhas que realizam em nome do Estado e devem respeitar e fazer respeitar as regras a fim de que se garanta o seu bom funcionamento.

Stein (1999c) afirma que quando falamos sobre a comunidade estatal, devemos ter claro que os indivíduos não devem ser considerados do mesmo modo no interno da totalidade representada pelo Estado, não só porque eles assumem diversas funções no organismo estatal, mas também porque devemos considerar a oportunidade de selecionar alguns indivíduos como *sustentadores* da vida do Estado. Neles deve estar viva a consciência de pertencimento, a dedicação à totalidade do Estado e a responsabilidade, o que não pertence à grande maioria dos cidadãos e sem a qual a própria existência do Estado é ameaçada.

Segundo Stein, o Estado não exige que seus membros sejam englobados na comunidade estatal com toda sua existência pessoal, ele permite que seus sustentadores possuam o espaço de suas vidas individuais e exige somente que eles vivam em primeiro lugar como membro do Estado e que este seja um ponto de orientação estável, de onde seus membros se movem e avaliam o seu comportamento e também questões que não sejam diretamente referidas ao Estado. Quanto maior o número de indivíduos que “estejam ao seu serviço”, mais forte e segura é a existência do Estado. Porém, é possível que alguns

⁸ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

indivíduos executem uma função pública mesmo não sendo sustentadores da vida do Estado, o que diminui a garantia de sua existência. Onde as funções e instituições públicas se tornam alvo de interesses privados, temos diminuídas as ligações vitais do Estado, mesmo se, quando observado de fora, elas aparentem existirem.

As formas do Estado são diversas, como a monarquia absoluta em que o soberano é o sustentador da vida do Estado e, necessariamente, o seu primeiro servidor. O contrário seria o déspota, que o usa para seus interesses próprios pessoais. Movendo-se da nossa ideia central de Estado, nenhuma forma é melhor do que a outra, a sua unidade e a sua salvação devem ser asseguradas e devemos considerar também que uma forma de Estado pode morrer, sendo necessária a passagem para outra, de modo a assegurar a sua existência. Na democracia, que é a atual forma brasileira, todos os cidadãos, pelo menos teoricamente, são os sustentadores da vida do Estado e, deste modo, delimitamos propriamente o conceito de cidadão. Neste caso, sua base é mais ampla e a existência do Estado é garantida de modo mais válido, mas as exigências que ela coloca à comunidade de cidadãos, que é proporcional à média dos indivíduos, são grandes, havendo alto perigo da sua degradação. Independentemente das diferentes formas, o Estado pode ter um grande valor do ponto de vista comunitário. Ele pode assegurar o livre desenvolvimento das pessoas e das comunidades que vivem sobre a sua proteção, ainda que sem se referir a um povo em particular. Podemos representá-lo como um vestuário pronto para cobrir uma comunidade de povo que está por formar-se, enfim, é possível que a comunidade estatal permita aos indivíduos que estão reunidos nele tornarem-se progressivamente um povo, de uma comunidade com forças psíquicas produtivas, que possui a sua própria capacidade produtiva sedimentada nas obras da cultura, nutrindo-se internamente das suas forças psíquicas e externamente da proteção do Estado.

Bello (2004) (informação verbal)⁹ acrescenta, ainda, que sobre as decisões de tipo legislativo em relação com as diferentes comunidades, como de povos ou religiosas, o Estado deve tutelar as particulares tradições e características, promulgando leis que permitem seus respectivos desenvolvimentos, mas sempre tendo presente a sua soberania. A liberdade religiosa, de costumes e tradições é muito importante, ainda que seja difícil delinear os limites da autonomia de cada um. O interesse supremo que deve permanecer para o Estado se manter em vida é, portanto, a referência essencial da comunidade estatal e dos tratamentos acordados. Segundo Stein (1999c), as instituições são necessárias, pelo menos em relação a

⁹ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

determinados órgãos, para que torne possível uma visão geral das necessidades e das capacidades das comunidades, sendo indispensável uma ordem estável para realizar o que se deseja fazer comunitariamente. No que se refere à instituição de uma ordem estável, devemos ter em mente a ideia de *valor da ordem*, que deve vir com o desenvolvimento da vida comunitária no qual o serviço se encontra. Espera-se um *valor* próprio advindo da comunidade enquanto tal e tanto mais da comunidade de povo. O Estado, que se apresenta com a sua ordem jurídica ao serviço da vida comunitária não *produz* este valor, mas deve *contribuir* para sua realização.

Finalizamos, dessa forma, o nosso trabalho de escavação das estruturas essenciais humanas, apontando brevemente questões importantes para refletirmos sobre a atenção integral às famílias abrangidas pelas Unidades de Saúde da Família, partindo da contextualização da vida de Stein e de seus pressupostos vivenciais e filosóficos. Percorreremos um caminho introdutório a respeito das ferramentas fenomenológicas utilizadas pela filósofa e, por fim, mergulhamos em algumas estruturas consideradas fundamentais para o presente estudo, no que diz respeito à estrutura da pessoa humana em sua singularidade e coletividade.

3 MUNDO NATURAL: O NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SELECIONADO

Iniciamos o presente estudo apontando o contexto de consolidação da Estratégia Saúde da Família e a relevância de reflexões sobre os cuidados de Saúde Mental na atenção primária brasileira. Em seguida, apresentamos os fundamentos filosóficos e antropológicos da fenomenologia propostos por E. Husserl e E. Stein, delimitando os conceitos que nos auxiliam a refletir sobre a temática. Nesta seção procuramos detalhar o contexto da pesquisa, preocupando-nos com os aspectos éticos e os caminhos metodológicos.

3.1 Considerações Éticas

O princípio básico para o contato com as equipes de Saúde da Família foi o respeito aos voluntários e à instituição, conforme a resolução nº196/96 sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996), bem como a execução dos procedimentos éticos de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP - USP, processo número 0028.0.175.222-07, que refere sobre a colaboração voluntária dos participantes, sobre o sigilo e a ausência de risco, acordada por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo 1).

3.2 Objetivo

Nosso objetivo é compreender a saúde mental na Estratégia Saúde da Família a partir de uma leitura fenomenológica, especificamente da fenomenologia de Edith Stein. Pretendemos compreender as necessidades e potencialidades deste contexto, em confronto com os conceitos desvelados pela filósofa, que nos oferece definições acerca dos elementos constitutivos da estrutura humana. Além disso, pretendemos evidenciar as contribuições que a

fenomenologia oferece para repensarmos as práticas e ações em saúde mental na atenção primária em prol de uma visão integral do ser humano.

3.3 Contexto do estudo

Desenvolvemos o estudo na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo onde, segundo dados do IBGE/2010 (BRASIL, 2010), existem 604.682 habitantes. No que se refere à saúde, a cidade está dividida cinco distritos. O local de estudo situou-se no Distrito Oeste, nas áreas de atuação de cinco Equipes de Saúde da Família ligadas à Universidade de São Paulo (USP) estruturadas em 2001. Delimitamos a Estratégia Saúde da Família como o contexto deste estudo, por ser este um espaço inovador para práticas de atenção integral, voltadas às pessoas, às famílias e às comunidades, o que faz com que seja de fundamental importância à reflexão crítica sobre as demandas e as necessidades provenientes deste contexto.

Realizamos inicialmente (Agosto de 2007) uma visita às cinco Unidades de Saúde da Família vinculadas à USP, com a finalidade de apresentarmos o projeto às equipes, reconhecermos as demandas de saúde mental e esclarecermos eventuais dúvidas sobre a proposta. Fizemos um reconhecimento das cinco Unidades, avaliamos o interesse em desenvolver um trabalho relacionado à temática da saúde mental, e em especial, verificamos a disponibilidade dos profissionais das equipes, de alguns usuários e de seus familiares para participação nas entrevistas. Após esse contato, escolhemos duas unidades, nas quais fizemos o acompanhamento cotidiano da rotina de serviço, de cada uma delas, pelo período de uma semana. Nessas Unidades, as equipes realizam atividades de atendimentos de rotina, de promoção de saúde e prevenção de doenças, reuniões de equipe, discussão de casos e visitas domiciliares.

3.4 Constituição do corpus

Durante o período de acompanhamento das atividades realizamos uma aproximação com os profissionais, que foram convidados a participar de uma entrevista aberta. Cada entrevista iniciou a partir da instrução norteadora “Você pode me contar um pouco sobre suas experiências de saúde mental?”. Foram feitas outras questões na medida em que aconteceram os diálogos (MOREIRA, 2002; VENDRUSCOLO, 2006).

Tais entrevistas foram audiogravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, foram transcritas integralmente. Além disso, confeccionamos um diário de campo com o objetivo de anotar as impressões ocorridas durante o período de observação da rotina dos serviços e após a realização das entrevistas, buscando enriquecer a análise do estudo.

Foram realizadas dezoito entrevistas abertas (SILVA, 2006). Em cada entrevista foi solicitado ao profissional, a partir de suas vivências, a indicação de alguns usuários, tendo como critérios ter diagnóstico de transtorno mental e ter seguimento contínuo em qualquer dos serviços da Unidade. Em seguida, foram selecionados aqueles referidos pela maioria dos profissionais, estes foram contatados a fim de verificar a possibilidade de colaboração no estudo. Selecionamos três Usuários e seus respectivos acompanhantes, totalizando seis moradores das regiões pesquisadas. Escolhemos entrevistar também usuários em sofrimento psíquico e um familiar, para que pudéssemos compreender o acolhimento e a relação entre equipe e usuários de saúde mental. Entretanto, desejamos enfatizar que nosso foco não é evidenciar a doença mental, mas as possibilidades de ações efetivas promotoras de bem estar integral a partir do olhar essencial das estruturas humanas, das singularidades e das vivências comunitárias.

3.5 Participantes

Participaram, no total: dois gestores, duas médicas, duas enfermeiras, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um médico psiquiatra supervisor das unidades, além dos três usuários com sofrimento psíquico e seus respectivos cuidadores. Os Núcleos

receberam os nomes fictícios de Equipe de Saúde da Família A e B. Ambos foram implantados em 2000 e possuem uma equipe mínima prevista à ESF, além de médico supervisor de psiquiatria e cirurgião dentista. Segue abaixo uma tabela de caracterização dos participantes.

Tabela 1: Caracterização dos entrevistados em termos de sexo, categoria profissional e ano de vinculação com a USF:

	PROFISSIONAL	SEXO	ANO DE VINCULAÇÃO COM NSF
N Ú C L E O A	ACS	Feminino	2001 (ano de contratação)
	Médica	Feminino	2001 (ano de contratação)
	Enfermeira	Feminino	2000 (ano de contratação)
	Coordenadora	Feminino	2000 (ano de contratação)
	Usuária	Feminino	2001 (ano de cadastro nos prontuários)
	Acompanhante/filha	Feminino	2003 (ano de cadastro nos prontuários)
	Usuário 2	Masculino	2000 (ano de cadastro nos prontuários)
	Acompanhante/mãe	Feminino	2000 (ano de cadastro nos prontuários)
N Ú C L E O B	ACS 1	Feminino	2001 (ano de contratação)
	ACS 2	Feminino	2000 (ano de contratação)
	ACS 3	Masculino	2003 (ano de contratação)
	Médica	Feminino	2003 (ano de contratação)
	Enfermeira	Feminino	2001 (ano de contratação)
	Dentista	Masculino	2000 (ano de contratação)
	Psiquiatra (supervisor)	Masculino	2000 (ano de contratação)
	Coordenadora	Feminino	2009 (função de coordenação) 2000 (ano de contratação)
	Usuário	Masculino	2001 (ano de cadastro)
Acompanhante/esposa	Feminino	2001 (ano de cadastro)	

Nota-se que todos os participantes estão vinculados a mais de cinco anos à Unidade de Saúde da Família, seja em relação ao tempo de trabalho na Unidade dos profissionais

contratados ou o tempo de cadastro, junto à Estratégia, dos usuários e familiares. Observamos também um desejo maior dos agentes comunitários de saúde de participarem das entrevistas e de relatarem sobre suas experiências cotidianas de trabalho. Já nas famílias, as entrevistas foram realizadas nas residências e encontramos grande receptividade e abertura para a participação.

3.6 Análise do corpus

A proposta metodológica que adotamos para este estudo segue o referencial da pesquisa qualitativa, a qual propõe um aprofundamento analítico reflexivo no material obtido. Para que os participantes possam fornecer dados confiáveis, eles devem compreender a importância da pesquisa e de sua colaboração e precisam se sentir seguros para relatarem suas vivências. Assim, é necessário que haja condições para que o participante possa penetrar em suas vivências, descrevê-las, relatá-las e refletir sobre elas. Para tal, realizamos entrevistas face-a-face, com uma postura compreensiva, a fim de proporcionarmos aos entrevistados um momento para expressarem suas vivências, suas dúvidas, as angústias e os conflitos frente à temática investigada. Optamos por entrevistas abertas, incentivando os participantes a exporem suas vivências e a falarem livremente, no seu tempo necessário (MARTINS, BICUDO, 1989; MOREIRA, 2002).

Dentre os referenciais da pesquisa qualitativa, a fundamentação teórica adotada, neste estudo, tem como inspiração o método fenomenológico, que consiste na compreensão e descrição dos fenômenos. Os tópicos apropriados ao método fenomenológico, em geral, incluem aqueles centrais à experiência de vida dos seres humanos, como sentimentos, presença, envolvimento ou o sentido de algum tipo de experiência para pessoas em um dado ambiente (FORGHIERI, 1993; MOREIRA, 2002).

Cabe ressaltar que na perspectiva fenomenológica um estudo não é conclusivo, pois os fenômenos podem se mostrar em diferentes facetas para outros pesquisadores. Pretende-se que a perspectiva e trajetória de investigação adotada pelo pesquisador sejam bem explicitadas, pois assim outros pesquisadores poderão chegar a uma compreensão do fenômeno próxima à encontrada (VENDRUSCOLO, 2006).

Para a abordagem das entrevistas, escolhemos as seguintes etapas:

- Pré-análise: transcrição, conferência e correções das entrevistas;
- 1º nível de análise: análise introdutória, visando identificar os principais temas tratados nas entrevistas realizadas, por meio de uma leitura atenta de todo o material transcrito;
- 2º nível de análise: recorte das principais experiências relatadas em cada entrevista, mantendo a ordem temporal das falas e escolha de oito entrevistas para apresentação no corpo do texto.
- 3º nível de análise: elaboração de descrição sintética de vivências relatadas e selecionadas durante o processo de análise, visando sua descrição e apresentação.
- 4º nível de análise: confrontação entre a antropologia fenomenológica de Stein e as experiências descritas, com a proposta de realizarmos uma reflexão sobre as necessidades e potencialidades presentes na ESF.

Realizamos inicialmente a transcrição, conferência e correções de todas as entrevistas, bem como uma análise introdutória, na qual identificamos alguns dos principais temas tratados em cada uma, a partir de uma leitura atenta das transcrições. Posteriormente, optamos pela análise aprofundada de oito entrevistas. Escolhemos aquelas em que percebemos maior envolvimento dos participantes, com relatos mais enriquecidos no que se refere à experiência singular. Fizemos uma descrição das principais experiências de cada entrevistado, sinalizando os pontos essenciais que emergiram no contato com o material e evitando as repetições de conteúdos previamente relatados. Após tal processo, realizamos uma descrição no corpo do texto, com o objetivo de apresentarmos as singularidades, mantendo trechos de falas com a transcrição literal dos recortes escolhidos, na ordem temporal do relato, a fim de mostrá-las tais quais se revelaram durante a entrevista. Nossa escolha foi apresentarmos, de forma sintética, aquilo que se desvelou a nós durante o processo de análise. Para tal, sinalizamos alguns elementos centrais que pudemos apreender em cada relato, descrevendo os recortes, de maneira que eles possam se expressar por si mesmos. Após a descrição e evidenciação sintética das entrevistas, realizamos uma confrontação de tais relatos com os fundamentos propostos pela filósofa no que se refere à Comunidade, que se revelou um importante caminho de discussão e compreensão da Saúde Mental na ESF.

4 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

A presente seção é dividida em duas partes. A primeira refere-se à descrição sintética das entrevistas realizadas, sinalizando alguns elementos centrais que se revelaram a nós durante o percurso de análise dos relatos individuais. Optamos por manter a ordem temporal das falas, no intuito de evidenciá-las, evitando repetições e mostrando os recortes selecionados por meio de transcrições literais.

Na segunda parte, realizamos uma confrontação desses relatos com os fundamentos da fenomenologia de Stein no que se refere à comunidade, especificamente, uma análise fenomenológica a partir das noções de indivíduo e comunidade, procurando problematizar três aspectos, a saber: a vivência comunitária como potencialidade presente na ESF; a equipe de Saúde da Família enquanto uma possibilidade de comunidade; por fim, a ESF enquanto representante da Comunidade Estatal.

Tal percurso de análise se revelou um importante caminho de discussão e compreensão da Saúde Mental na ESF no que diz respeito ao cuidado às comunidades, à constituição da equipe e ao papel da ESF enquanto representante do Estado.

4.1 Descrição sintética das experiências relatadas

4.1.1 Vanessa: médica da Saúde da Família

Sobre suas vivências de saúde mental, Vanessa se lembra, inicialmente, de seu primeiro contato com pessoas em sofrimento psíquico internadas em hospital psiquiátrico quando ainda era aluna da faculdade de medicina e realizava estágio.

[...] E era uma coisa, assim, é... meio traumática para os estudantes de medicina, porque eles colocavam a gente no hospital e no pátio do hospital junto com os pacientes de saúde mental, trancavam o portão e ninguém ia embora. Eles ficavam andando ali, circulando, tinha um roteiro, uma entrevista que a gente tinha que fazer, então um negócio assim, que

assustava, mas não tinha jeito, você tinha que perder o medo. Aí eles vinham, mexiam com a gente [...] dentro dos delírios deles eles colocavam a gente, os estudantes em volta dos delírios deles. Então isso foi interessante foi o primeiro contato, quando a gente tava logo no começo, mas eu lembro que me chamava atenção, porque tinha esses pacientes muito comprometidos, né, e que conversavam com a gente [...]. E aí, depois disso eu acabei, sempre me interessei pela parte de psicologia, de psicoterapia, sempre gostei de psiquiatria [...]. E por sorte, na residência de saúde da família, a gente tem um curso de saúde mental que é muito... que nos prepara muito pra atender em atenção primária.

No recorte seguinte, Vanessa explicita como ela compreende a ‘saúde mental’:

[...] a gente tem essa visão integral do paciente, a gente não segmenta em diversos aparelhos, a gente também não segmenta entre clínica e saúde mental, é tudo uma coisa só. [...] a gente compreende saúde mental, promoção de saúde mental é você ser capaz de sentar com o paciente, de saber ouvir o que diz aquele paciente, e de tentar junto com ele resolver. [...] a gente trabalha com psicoterapia interpessoal [...] com essas ferramentas relativamente simples, mas que dão resultado. Né, a gente vê o resultado, a pessoa se sente mais tranquila, se sente mais segura, se sente mais acolhida e se sente mais capaz de resolver os próprios problemas, [...] a gente tenta, né, pelo menos, conseguir compreender esse universo do paciente de saúde mental, em todas as suas gravidades, não nesse... é... nessa vertente tão exacerbada, com pacientes tão comprometidos, mas também naquela coisa de promoção de uma pessoa que tem um problema focal, que a gente pode fazer uma terapia de ventilação e de apoio, e a pessoa resolver e ficar tudo bem. [...] eu me considero uma pessoa que tem uma certa facilidade de trabalhar com isso, por ter tido a oportunidade de ter tido uma boa formação, eu acho que a atenção primária infelizmente falta muita formação.

O cuidado preventivo em ‘saúde mental’ é visto por Vanessa como uma necessidade e uma possibilidade de atuação, acredita que no futuro as terapêuticas não irão pautar-se apenas na medicação.

[...] se a gente não cuidar, em atenção primária, dos casos relativamente controlados, né, ah, porque a clínica não vai dar conta mesmo, porque eu acho que mais do que qualquer outra patologia, se você for pegar esses casos que não são tão graves, é... eu acho que se bobear, vai ser a patologia mais prevalente, as patologias de saúde mental vão ser mais prevalentes né, no próximo século aí, em disparada. Eu acho que, tem muita essa discussão, né, com relação a hoje, o uso do antidepressivo, o uso indiscriminado do uso do antidepressivo, mas acho que são fases, que passou um período que só quem tratava de saúde mental era o psiquiatra, agora a gente viveu um período de disseminação da informação do antidepressivo, então que agora todos os clínicos prescrevem antidepressivos, e eu acho que no futuro provavelmente vai ter uma coisa um pouco mais equilibrada, as pessoas prescrevendo antidepressivos numa quantidade menor, por ter se capacitado, por ter conhecido... Acho que é isso...

Vanessa refere alguns aspectos positivos que percebe no trabalho em Saúde da Família, como o vínculo, o reconhecimento e a possibilidade de ajuda:

[...] pra mim o que fica de legal é o vínculo que a gente faz com os pacientes, e o reconhecimento deles, quando a gente consegue ajudar em pequenas... em pequenas... em pequenas partes... em pequenos detalhes e o tamanho do reconhecimento, o tamanho do vínculo, [...] eu não me apresento como médica, eu me apresento como médica de família. Porque de fato eu acho que é um sacerdócio, (risos) por uma série de motivos, mas eu acho que é uma coisa muito legal, porque você permite, a medicina de família te permite uma visão tão ampla do paciente, uma visão tão ampla de uma dinâmica de uma família, e permite que você faça esse seguimento ao longo do tempo.

Nesta perspectiva de abertura ao outro, Vanessa pode também perceber os seus limites e as suas necessidades em ser ajudada para a realização do seu trabalho.

[...] Mas, eu acho que assim, isso a gente só tem essa segurança, só tem essa tranquilidade quando a gente tem uma formação decente, quando a gente tem a oportunidade de ter uma formação adequada, né [...] é interessante que ele (supervisor de psiquiatria) nos capacita e permite que a gente atue. Ele traz um reforço positivo [...] você tem aquela discussão com especialista que ele te dá algumas informações, mas ele não te dá as informações que te permitem caminhar com as próprias pernas. E na psiquiatria, pelo menos, na residência, e na atividade que nós temos nos núcleos, o Doutor (supervisor da psiquiatria) permite que a gente caminhe com as próprias pernas, e isso é uma coisa muito legal e a gente vê os frutos disso daí pelo trabalho.

Além da ênfase que dá à sua formação, à supervisão de psiquiatria, valoriza a experiência de fazer psicoterapia, dizendo que este é mais um recurso que ela vivencia como positivo e que a auxilia na própria vida e no trabalho.

[...] Eu tenho a experiência pessoal da psicoterapia e... Eu falo pra todos os meus pacientes, falo pra todos os meus amigos, pra todos os meus conhecidos, falo na fila do banco, porque eu acho que se as pessoas tivessem a oportunidade de fazer um ano de psicoterapia na vida, o mundo não estaria como está (ri) [...] mas eu acho que é um espaço em que você tem para conversar, para falar, pra dividir com uma pessoa teoricamente neutra, que pode te apontar os seus erros, então eu acho que é legal.

Na sequência da entrevista, Vanessa relata sobre a sua experiência no atendimento a um usuário em sofrimento psíquico muito marcante para toda equipe:

[...] a minha relação pessoal com ele eu nunca tive problema com ele, assim, eu nunca fui agredida por ele, mas sempre tentei manter a orientação

terapêutica do supervisor, que era principalmente a imposição de limites, até pelo próprio transtorno de limite, e assim, de horário mesmo. Ele chegava às sete horas da manhã “ai, quero eventual”, eu falava “olha, das sete as oito a gente tem reunião, nosso eventual é às onze horas”. Isso era um discurso que era feito todos os dias. E... eu nunca fui agredida, nunca me senti ameaçada, mesmo nos piores momentos, né. [...] às vezes ele se alterava, ele ficava agressivo e ele chegou a gritar e tal, e eu tentava pelo menos, manter, o mesmo tom de voz que eu estou conversando com você, a mesma tranquilidade que eu estou falando com você, eu mantinha com ele. Mesmo ele brigando, batendo na mesa, xingando, tudo... e sempre procurei tratar ele com muito respeito... [...] eu sempre procurei ser racional, trazer ele para a realidade, dar dado de realidade pra ele, mas sempre de uma forma respeitosa e tentando perceber, ter feeling pra perceber os limites dele, então quando ele chegava e dizia “eu não to legal, eu quero internar”, eu não questionava... “aí, você não tem indicação de internação, porque você está mentindo, etc...” Eu nunca fiz isso. “você quer internar, então tá, eu te interno”. E... a gente sempre manteve uma relação assim, aberta, praticamente boa, porque comigo ele não brigava, ele até brigava, mas depois voltava, pedia desculpa... ele falava que eu era uma pessoa que respeitava ele, então que ele também não queria me desrespeitar, e aí chegou no final, ele começou já a falar, depois que teve essa discussão aí, ele falava que não queria voltar porque ele não queria se indispor comigo, e com a equipe em geral.

Vanessa faz uma avaliação da experiência que teve com este usuário e afirma que o contato propiciou muita aprendizagem, mas também muito sofrimento, percebendo esta experiência como positiva:

A minha experiência com ele como uma experiência ruim, não, eu vejo, em alguns momentos era um exercício de tolerância, um exercício de auto-controle, por que, assim, você ser ameaçado por uma pessoa, você ser instigado a brigar com uma pessoa, porque ele tinha um comportamento de instigar mesmo, instigava você a brigar, então ele vinha falando mal de outros profissionais, ele vinha ameaçando [...] acho que ele era, sem dúvida, assim, um dos pacientes mais graves de saúde mental que a gente tinha e... Era muito comum, assim, a gente ter discussões, ele ter discussões com alguns profissionais, com alunos, os alunos, principalmente, que têm menos estrutura, choravam, e a ter aquelas liberações, assim, de emoção, então... Eu brinco que ele era uma escola, assim, que quem atendia ele, seguia ele, não esquecia dele nunca mais, porque ele era uma escola.

Sobre outras vivências, ao final da entrevista, ela retoma a necessidade de suporte em determinados momentos de vida.

[...] acho que é como eu te falei, a gente tem fases em que a gente precisa de mais ventilação e apoio, e acho que todo mundo tem essas fases e eu também tive as minhas, não foram poucas [...] das dificuldades momentâneas, das adaptações a novos papéis, eu acho que várias fases assim, a adolescência é uma fase que a gente tem as dificuldades, eu tive as minhas também, muitas, é... Época de tomada de grandes decisões, vestibular, residência, decisões

profissionais e... Mais eu brinco assim, que eu sempre me viro bem assim, eu tenho não sei se recursos, não sei se condição, não sei se oportunidade, mas eu consegui me sair bem dessas circunstâncias usando recursos e lançando mãos de apoios diversos, eu consegui me sair bem nessas vivências. [...] crises de ciclos vitais mesmo, que... Mudanças de vida e que de uma certa forma, que com recursos internos e outros apoios externos eu acabei conseguindo me sair bem, graças a deus...

Sobre o trabalho em saúde mental na ESF, refere que o mais importante é a capacitação e diz sobre os aspectos importantes dessa capacitação:

[...] eu acho que o mais importante em saúde mental na atenção primária é capacitação, porque o que a gente vê é que a atenção primária é muito subutilizada como ferramenta pra... Mesmo pra promoção e prevenção de patologias em saúde mental, não só para cura e reabilitação [...] estudar mesmo as patologias, é você estudar a relação médico-paciente, é você estudar postura, é você ter uma conversa com a equipe de saúde mental, um relacionamento com a equipe de saúde mental, um suporte da equipe de saúde mental, é aquela coisa que a gente faz até hoje, tem uns pacientes que as vezes eu atendo e fico na dúvida e ligo no celular do supervisor [...] é você ter alguém só para dividir [...] essa relação estrita entre saúde mental e atenção primária [...] E eu acho que essa relação é fundamental. [...] O objetivo é a capacitação da equipe de saúde da família pra que ela de conta, né, de cuidar do pacientes.

4.1.2 Marília: esposa e cuidadora de Maurício

Marília, ao perceber alterações em seu marido, procurou a ajuda do Núcleo de Saúde da Família, quando a equipe tomou conhecimento do caso e fez o tratamento com as medicações necessárias.

[...] eu passei um bom tempo separada, dormindo no quarto da minha filha porque de noite eu tinha medo de dar aquele surto nele e ele poder me agredir, né. Aí até que num dia eu não suportei mais, aí eu fui lá e conversei com a (antiga médica da Unidade), pedi pra ela tá conversando com ele, e me orientar, porque eu estava completamente desorientada, né... Aí ela chamou o... (supervisor de psiquiatria), pediram pra conversar com ele e chegaram a conclusão que ele estava esquizofrênico... Aí foi pela, ela chamou, falou, “pode ficar tranquila porque a gente tá dando uma dose cavalari pra ele de remédio, ele vai se acalmar, até de mais, que você vai se incomodar”. Aí foi mesmo, ele dormia vinte e quatro horas, sempre que tomava o remédio e desligava.

Relata também experiências da sua vida cotidiana, como problemas com o barulho de um salão de festas vizinho a sua casa. Nesse contexto, fala sobre respeito:

As pessoas não se respeitam mais... [...] Respeito... Eu respeitar os meus limites, os limites da minha liberdade e ver até onde vai o meu e até onde começa o seu. (relata sobre o problema com vizinhos que possuem um salão de festas) E é isso que eu falo, eu sempre ensinei isso pros meus meninos, respeitar o limite dos outros. Então, você só tem respeito quando você passa a respeitar... Se você não respeita o seu semelhante, você dá o direito de também não ser respeitado. E eu acho importante, isso é uma coisa que eu prezo, eu vivi minha vida inteira em comunidade.

O tema da comunidade emerge quando fala sobre sua vida. Marília ficou órfã aos dois anos de idade. A mãe faleceu e ela foi entregue a uma família, que a deixou em um orfanato de freiras, separada dos irmãos, onde viveu até os 18 anos.

Como é isso, viver em comunidade? (pergunta nossa) Você ter, igual, por exemplo, eu fui criada num colégio de freira, num orfanato, onde eram várias personalidades, várias crianças, cada uma de um lugar, várias famílias... Mesmo família é uma comunidade, é uma mini comunidade, mas é uma comunidade. Então, você tem que respeitar a... Como se diz... Você tem que respeitar o que o outro... A liberdade do outro... E mesmo em família, em família também é uma pequena comunidade, a família, depois os vizinho, depois a... Escola, todo e qualquer lugar onde tem mais de duas pessoas, é uma comunidade. Como eu fui criada em colégio de freira e dos cinco até os dez anos, então, tinham regras, então a comunidade também exige que a gente obedeça regras pra todo mundo viver em harmonia, é o que eu entendo que eu acho que é um bem pra gente.

No que se refere à doença do marido, Marília fala sobre a agressividade e diz que o adoecimento surge como uma ruptura da estabilidade desta “*mini comunidade*” (sic). Percebe que entre ela e Maurício não existe mais uma relação de casal, considera seu marido como um filho.

[...] foi assim meio chocante pra mim, né, porque você está com uma pessoa há tanto tempo, nós dois vamos fazer trinta anos de casado [...] e após a doença, esse período que ele teve assim, meio alterado, então foi difícil, não só pra mim, como pros meus filhos também... então, foi chocante, e hoje eu lido, assim, com muita paciência, a gente procura ter paciência, o máximo possível com ele. Hoje, assim, pra ele tomar um banho eu preciso tá mandando, pra trocar de roupa [...] ele (marido) é muito ativo, é como se eu tivesse ganhado um filho, ele se tornou um filho pra mim, o mais velho (fala

emocionada). E acaba, né, como eu tava falando (fala chorando), com o companheirismo, acaba aquela aproximação que a gente tem com o marido, aquela... Sei lá, aquele comprometimento entre duas pessoas, acaba... Então eu passei a ser sozinha... Completamente sozinha, assim, em termos humanos, né, tá certo porque eu procuro sempre a companhia lá de cima... Você tem que substituir... não substituir, fazer um complemento, principalmente pra você ter aquela segurança. Porque, como diz a Doutora X (médica da Unidade) “eu não sei como que a senhora aguenta” porque afetivamente, você sabe, eu sinto que ele me quer bem, tudo, mas aquela vivência de marido e mulher não tem mais. [...] então ele não tem, você vai conversar, não tem, se quer a pergunta como que foi o seu dia. Porque os filhos, eles te dão um respaldo, um carinho, mas não é a mesma coisa, não existe aquela cumplicidade. Então é uma solidão muito grande. Eu me sinto sozinha então, aí, você passa a trabalhar, pelo menos enquanto eu estou trabalhando, eu pratico, eu estou lendo, eu estou atrás das coisas, encontro com várias pessoas diferentes, converso com um com outro.

Marília reconhece em si uma força que a sustenta e a promove para o crescimento. Ela fala sobre seu trabalho e sua percepção de si mesma:

É uma escola pequena, tá crescendo agora, eu gosto, adoro (fala com ênfase) desafios, até pra me ver bem, é me desafiar, aí você me chamou para a briga, então eu acho que essa personalidade minha, essa força que eu trago desde a minha infância, faz com que eu siga em frente, não entre em depressão, não entre em... **Como é isso?** (pergunta nossa) Olha, é difícil eu falar pra você, como eu disse pra você, eu não suporto ser desafiada, muito menos pela vida. [...] achar que eu vou ser incapaz, que eu vou me abater pelos acontecimentos, pelo o que eu passo, de jeito nenhum. Eu falo, “eu não vou tomar um comprimido pra dor de cabeça, sendo que eu posso suportar ela bem”. E não tomo. É um exemplo real que eu estou te falando, eu não tomo, porque eu acho que é passageiro, e a mesma coisa eu faço com a minha vida. Os meus problemas, eu os trabalho pra transpô-los, o meu trabalho me ajuda também a resolver... Eu procuro sempre ser otimista com a vida, com tudo.

Percebe a vida como possibilidade de desenvolvimento e crescimento:

[...] outra coisa eu gosto sim, eu quero ter as coisas que eu acho que nós (fala com ênfase) temos o direito de ter, de ter as coisas, nós (fala com ênfase) temos o direito. Nós não viemos aqui pra ser pobre, mas ser feliz, nós viemos para crescer, tanto espiritual, quanto material. Certo, e eu falo, se no fim da minha vida, eu chegar no fim, e falar, infelizmente, só um milímetro você conseguiu crescer, pra mim vai tá ótimo.

A partir deste modo de se relacionar com a realidade, Marília considera que foi se autoeducando na vida.

[...] eu não tenho pai, não tenho mãe, perdi minha mãe quando eu tinha dois anos e pouquinhos, e isso, fez com que eu realmente vivesse, tivesse uma

autoeducação praticamente. Porque no colégio onde eu vivi, a gente não tinha aquelas, aquela educação dirigida, era uma convivência. [...] a gente vivia sob condutas do colégio. Eram as normas, era o que podia fazer ou não. Mas, elas me deram a oportunidade, tipo, de... Estudar... E eu agarrei de unhas e dentes. [...] eu agarrei, né, aquela oportunidade, fui estudando, estudando, e dali eu parti pra trabalhar fora, com treze anos eu trabalhava fora e convivendo com outras pessoas. E daí aquelas normas que eu recebi quando criança, eu fui... Fui me auto educando... Isso pode fazer, isso eu acho bonito, eu achava elegante isso, então eu vou procurar copiar, então eu falo que foi mais uma autoeducação. E com o estudo é... Juntamente com meninas mais assim, de nível diferente, então você vai se autoeducando. [...] Então as normas do colégio fizeram com que eu seguisse a minha linha... E essas outras pequenas coisas, eu ia almoçar na casa de uma coleguinha, então eu ia e ficava observando... Como ela se portava, como ela fazia eu fazia, eu sempre procurava...sei lá, acho que é por Deus mesmo, porque... Você tinha tudo pra ir pro inverso, ah, ninguém liga pra mim mesmo... e eu não, eu nunca pensei, “dane-se o mundo” eu quero estudar, eu quero ser educada como a fulana, eu quero ser bonita como a fulana, eu quero ter meu carro amanhã... e então você vai mirando nos exemplos bons que minhas amigas, que meus coleguinhos tinham e eu fui fazendo igual, e o tempo foi crescendo, depois você vai estudando, você vai adquirindo cultura, você vai modificando, vai aperfeiçoando esse conhecimento que você adquiriu. [...] Mas então eu acho que é essa a autoeducação, é mirar em um exemplo bom e seguir, foi o que eu fiz. Além de procurar conhecimento, porque eu acho que a medida que você adquire cultura, você vai modelando sua personalidade. É isso.

Quando Marília fala a respeito da Unidade de Saúde da Família, afirma que sente falta de um acompanhamento contínuo:

[...] eu acho que se tivesse aí, ou em outro lugar, que eles encaminhassem meu marido no caso, pra ter um acompanhamento, ou psicológico ou psiquiátrico, direto, sabe, assim, por sessões mesmo, eu acho que seria pra ele muito bom. Nesse ponto a gente se sente um pouco sozinha sim [...] então eu acho que se tivesse um psiquiatra ou um psicólogo que fizesse esse acompanhamento ou que conversasse não só com ele, eu acho que com todos nós, ali, que estamos aposentados... que estamos ali... Então eu acho que seria bom [...] pra ser sincera com você, eu nunca tive um acompanhamento psicológico na minha vida, nunca (fala com ênfase) tive... então assim, eu acho que não só eu, eu acho que tem muita gente na comunidade que gostaria de ter um profissional que conversasse com a gente, que pelo menos escutasse. Porque hoje em dia é muito difícil, difícil. Em qualquer situação, você vê um amigo ou uma amiga, ou qualquer pessoa, eles não querem saber da sua... dos seus problemas.

Fala também sobre como imagina esse espaço de conversa:

Então eu acho que essa conversa, essa reunião de senhoras, de famílias, sei lá, acho que seria bom pro núcleo, eu acho que teria muita gente. Tá certo que cada um tem um problema, mas eu acho que tem um monte de gente com vontade de desabafar. Então acompanhado por um profissional, eu acho

que seria muito bom pra gente mesmo, pra... Sei lá, pra gente enfrentar melhor as situações, essa vida hoje que é tão difícil.

Os temas dessas reuniões poderiam ser a respeito da família, da situação financeira, de momentos em que as pessoas sentem-se sozinhas ou com dificuldades para enfrentar determinadas situações.

[...] família, situação financeira que muitas vezes, olha, é tão difícil passar as coisas, às vezes você se sente tão sozinha que às vezes uma leitura, uma conversa com pessoas diferentes, acaba... O seu problema acaba fazendo com quem... Olha, eu tenho uma coisa, ou eu agi assim, eu tive esse problema, eu passei assim, enfrentei ele melhor, eu consegui passar, então eu acho que seria um trabalho a mais para o núcleo e para vocês, que são psicólogos, eu acho que seria muito bom pra nós, pra comunidade assim.

Diante de um sentimento de impotência, Marília busca a equipe SF para ajuda-la:

Aí eu cheguei aí, sem marcar consulta, sem marcar nada, o Doutor largou tudo, veio, me levou pra sala e ficou mais de hora conversando comigo, eu chorava, chorava, chorava e ele me deu remédio pra eu me acalmar, e eu chorava, eu acho que ele pensou que se me largasse dali naquela hora eu ia cometer um desatino, porque eu falava pra ele, que eu tinha vontade de me bater, porque aquilo que eu falei, eu não posso me sentir impotente que eu viro um bicho, né, e a vida inteira, várias situações na minha vida eu me senti assim, como se eu tivesse numa camisa de força, sabe, que você tenta se desvencilhar e não consegue, não consegue e aquilo vai te oprimindo, oprimindo, várias situações. É uma situação de impotência [...] e ele deu remédio, tudo, aí ele me receitou remédio pra mim, to tomando até hoje, pra ver se, se eu equilibrava um pouco o meu emocional.

Ao refletir sobre como ela vem se desenvolvendo e superando os desafios da vida, Marília acrescenta que o que a auxiliou neste processo foi a fé em Deus.

[...] foi muita fé em Deus a primeira coisa, todos os dias eu agradeço e peço força (fala chorando) peço força [...] mas eu tive uma época que eu vivia muito no meu passado, eu não conseguia me desvencilhar [...] eu trabalhei muito isso comigo para eu poder desvencilhar um pouco e não passar esse ranço pra minha família [...] agora força mesmo, eu acho que foi mesmo de Deus, essa fé que eu tenho nele e sei que jamais ele me faltará. Então quando às vezes eu começo a baixar, vem aquela vozinha assim e diz” não começa não, não vem não”, aí eu já começo, já converso com outra pessoa e procuro incentivar as pessoas que chegam perto de mim, procuro incentivar.

Busca também outras pessoas para conversar e incentivar.

[...] então eu incentivo os outros e com isso eu esqueço dos meus problemas, as vezes o que eu acho que é um problema e nem é, é consequência só, né, mas enfim, eu acho que é isso, é essa confiança em Deus, porque se não fosse ele, pra todos nós, se não é Ele a gente não é nada. E não adianta a gente querer passar, fazer com que a vida de respostas pra gente, a gente consulta a que tem dentro da gente mesmo e daquela comunicação que a gente tem com Deus mesmo. Acho que é isso.

Marília finaliza dizendo da importância do reconhecimento do outro e da satisfação consigo de manter a união e a paz na casa, apesar das dificuldades:

[...] eu consegui manter na minha casa um lugar de paz, mesmo com todas as dificuldades humanas e financeiras, eu consegui manter uma união e uma paz aqui dentro de casa, mesmo... Porque quando eu casei, eu morria de medo de ter filho, eu achava que eu não seria capaz... De educá-los, porque eu não... Sabe... Eu não fui educada em família, como que vou fazer, será que dá... Eu sempre fui muito rígida, nunca fui de bater neles, fui séria com eles, firme, né, e hoje eu tenho pessoas que chegam para mim e dizem ‘parabéns pelas coisas que você construiu, parabéns por você ter chegado onde chegou’, agora não, agora eu estou tranquila.

4.1.3 Maurício: usuário com sofrimento psíquico

Maurício começa contando sobre suas vivências de saúde mental referindo dificuldade com o barulho, especificamente, em seu local de trabalho.

[...] isso daí aconteceu comigo o seguinte, eu trabalhava numa empresa que tinha betoneira [...] todo setor da empresa era barulhento [...] eu comecei a ter problema com barulho, aí o barulho entrava pelo ouvido esquerdo assim, já me deixava com dor de cabeça, mas só que aquele tempo eu nem lembrei de ficar medindo pressão pra ver se a pressão subia ou deixava de subir, né. Aí foi passando o tempo e eu tive um derrame, eu tive um derrame, eu tava trabalhando, aí eu... Eu... Eu nem sabia o que era derrame, começou a dar uma dor de cabeça muito forte e eu não conseguia dormir, mas só que eu não era de faltar, eu fechava folha de pagamento, essas coisas, aí eu voltei a trabalhar. Aí eu fechei a folha e aí de repente eu apaguei.

Maurício é internado e é afastado do trabalho, mas se depara com a necessidade de manter financeiramente a família, o que o faz voltar a trabalhar.

Aí eu fiquei internado uma semana, aí depois me deram um outro afastamento. Só que daí o problema, eu precisei voltar a trabalhar porque minha mulher não tava trabalhando, aqui o único que tava trabalhando era eu

[...] eu quis voltar a trabalhar, tudo, e fiquei mais sete meses, aí eu não tava aguentando trabalhar mais, eu pedi pra.... Pra me dar umas férias pra mim, né, aí eles não falaram muito pra dar férias, eu tirei quinze dias, aí quando eu voltei, eles puseram no jornal, publicaram no jornal, chamaram, aí chamaram uma outra pessoa e colocou no meu lugar, aí eles queria que eu me afastasse de todo jeito, mas eu, naquele jeito, do jeito que eu andava, eu não tinha condição de saber se eu tava doente, o que era.

Acreditou que encontraria outro emprego, entretanto ficou um ano sem trabalhar, começou a perceber sintomas no corpo, mas não sabe ao certo o que sentia.

Depois eu achei que eu conseguia trabalhar em outro lugar, eu não consegui, deu problema, eu não sei se foi depressão, o que que aconteceu comigo, dava uma dor assim no estomago, umas coisas muito estranha, aí eu fiquei um ano sem trabalhar. Aí depois eu não conseguia mais trabalhar dentro da área do departamento pessoal, aí eu comecei a trabalhar com meu irmão, ele tinha um... Até já fechou já, fechou nesse ano, fechou nesse ano que nós estamos, fechou no começo do ano, era um mercadinho, então eu ajudava ele a cuidar do caixa, eu tinha muita dificuldade, eu não estava bem, às vezes eu errava muito, e até hoje eu to com esse problema de errar número.

Inicia o acompanhamento no Núcleo de Saúde, toma medicações e é afastado do trabalho. Passa a sentir medo e sentir-se perseguido. É assaltado em frente a sua casa.

Aí depois aqui pelo núcleo eu comecei a tomar remédio, aí eu me afastei aqui pelo núcleo, eu tive problema de uma época, de... de escutar muito barulho, eu sentia muita perseguição, eu tive um monte de medo e até hoje eu tenho esse medo, porque eu já fui assaltado com revolver na minha cabeça, e foi aqui fora, na entrada de casa, foi eu, meu moleque, tudo, aí depois disso ficou um negocio em mim de eu sair na rua e ter medo, não andar sozinho, as vezes eu preciso ir no centro e eu vou com minha mulher, as vezes eu nem saio de casa, fico mais dentro de casa do que saio, e o que aconteceu comigo foi isso...

Maurício aparenta uma estagnação de sua vida a partir do adoecimento e da perda do trabalho, não consegue se desenvolver e dar continuidade a projetos de vida.

Aí eu... Eu gostaria que não tivesse acontecido isso, que eu gostaria mais de era de estar, por exemplo, trabalhando, mas só que a minha memória não é mais a mesma, eu não consigo raciocinar as coisas, como deveria raciocinar [...] eu trabalhei vinte e sete anos em departamento pessoal, desde moleque, eu comecei como aprendiz, né, aí fiz curso no SENAC e tudo, curso comercial, aí eu trabalhei todo esse período em departamento pessoal. Outra área eu não entendo, não conheço outra área, só conheci o departamento pessoal, aí o problema que eu não tava bem, tinha muita reclamação trabalhista, aí eu tinha que ir lá, aí muitas coisas eu tinha que ficar mentindo... Pra poder dar ganho de causa para o empregador.

Sobre como está hoje, Maurício aparenta passividade e controle por meio do uso das medicações.

[...] eu to tomando muito remédio, eu tomo remédio ainda, porque eu tenho problema de sono, eu tomo remédio para dormir, antes eu tomava diazepam, mas foi proibido tomar diazepam, porque o médico disse que não podia ficar receitando remédio sem... ele que me dava mais sono, dormia mais rápido, aí eu tomo um... dois comprimidos a noite, um pra dormir, o outro é o haldol, o haldol é pra cabeça, essas coisas... **Pra que que é?** (pergunta nossa) Eu tenho impressão que o haldol, o haldol não deixa você agressivo, o haldol não deixa você agressivo. Ele é mais pra... porque antes eu tinha esse problema, eu falava muito, brigava, discutia, eu tinha muito esse problema, aí eu comecei a tomar esse haldol, eu tomo já a cinco anos.

Observando a sequência de seus relatos, Maurício relata sempre o mesmo conteúdo e centra-se em experiências de trabalho vividas no passado.

[...] o que eu sinto é que eu to numa situação muito difícil, eu tava afastado pelo INPS, me deram alta [...] acham que eu to em condição de trabalhar, só que eu não to em condição de trabalhar. Eu não to bem.

Sente que seu contato com a equipe de saúde ajudou bastante no tratamento dos sintomas e na medicalização:

[...] o núcleo me ajudou bastante, os médicos, tudo, eu comecei a tomar, quando eu não dormia direito, ele começou a me dar diazepam, aí eu conseguia dormir, aí passou um tempo e ele pedia de novo, aí foi um período que eu tomei muito diazepam, aí depois parou, aí deram outro remédio que eu tomava agora dois comprimidos, pois dia, hoje eu tomo um só, mas aí era dois comprimidos por dia pra ajudar eu a dormir, mas depois disso... Eu... Tenho melhorado bastante, com relação ao núcleo, tem me ajudado muito, porque se eu não tivesse isso, hoje, hoje eu acho que eu taria até internado, eu tomo esse remédio aí já faz... Fluoxetina, haldol, agora os outros... e um outro pra dormir, já tem cinco ano que eu tomo. [...] já me chamaram para ir numa 5ª feira, participar do... Lá no núcleo, um pessoal que já tá lá, faz tempo, eu não sei o que eles estão fazendo, não, só que eu não tive vontade de ir não, não deu vontade, já me chamaram, tudo, mas eu não fui... Não deu vontade não...

Maurício percebe que a estagnação e a falta de força estão dentro dele e percebe que a equipe de saúde faz a sua parte ao tentar auxiliá-lo.

Ah... é o problema... tá dentro de mim ainda isso daí, de ... o médico ele me dá remédio, tudo, ele me aconselha, eu venho tomando os remédios, tudo, o problema maior tá dentro de mim, né, eu tenho esse problema de não ter essa

força de vontade, não ter essa coisa toda, é onde que também me atrapalhou um pouco [...] o problema que eu... minha cabeça não tá ajudando muito, não tá não, ficar lembrando das coisas, alguma coisa ficou marcado, não consigo esquecer, outras eu não consigo lembrar.

Refere perda de memória e não consegue se lembrar de situações vividas. Quando questionado sobre o que fazia bem, Maurício se recorda de um emprego, onde não tirava férias, mas viajava muito. Lembra ainda de um primo que mora em outra cidade e visita junto com sua esposa, lembranças essas que parecem ser revigorantes.

Quando eu trabalhava, não nessa última empresa, numa construtora anterior, eu não tirava férias, mas eu viajava muito, eu me distraía bastante, desse negocio de ficar preso num lugar só, eu viajava bastante, conhecia muitas cidades aqui no estado de São Paulo, Paraná, mas fora isso, não tem outras coisas para falar, que eu tenho vontade, que não sei o que. Tenho aqui em Minas, na casa do meu cunhado, que quando tem feriado, essas coisas, minha esposa pode ir, eu vou junto, né, aí, dá pra distrair bastante, o clima é diferente, é bonito lá, é cheio de árvore, cheio de flor, é... É uma usina, eles ficam replantando as árvores de... Como chama, essas árvores que já tá no... Como que fala, tipo de deserto, essas coisas, eles vão plantando as árvores, e hoje está bem arborizado, tá bonito lá. Aí ajuda bastante, quando eu vou pra lá, eu nem lembro de nada.

Afirma que na casa do primo se sente melhor, possivelmente, por sentir que o seu problema, a falta de força de vontade, pode ser vivido de forma diferente, lá se percebe melhor.

Lá melhora porque tem... É uma cidade ainda, foi a primeira usina hidrelétrica que teve aqui, começou aqui em Minas, no Rio Grande, então tem o Rio Grande pra ir, tem os lugar que tem muita cachoeira, tem muito... Tem fazenda em volta, então é um lugar que distrai bastante, você não fica preocupado com nada, muito bonito lá... Eu, seu eu pudesse morar lá, eu ia morar lá, mas não posso... Tem que aguentar aqui em Ribeirão Preto, esse calor. Lá é muito bonito. [...] tem o rio, pescaria, essas coisas, sempre que eu vou lá eu pego peixe, tento pescar, mas não pego nada. Sempre que eu vou lá passa o tempo distrai o tempo, lá é bom...

Maurício parece perceber em si a capacidade de sentir-se bem e afirma se encantar com a beleza e com a liberdade. Deseja mudar-se para lá, ter consigo a vida que pode experimentar neste local. Ao retornar, diz perder a alegria que encontrou neste lugar.

Quando eu volto pra cá eu não volto com muita alegria não, a minha alegria vai pro... Às vezes fico uma semana lá, lá eu to um pouco melhor, até meu cunhado reclama, porque eu não sou de conversar muito, eu conversava bem, mas depois de uns tempos pra cá eu falo pouco, não sei o que... Ele fala “você não fala, só fica aí nesse tá bom, não tá bom, nem sabe direito o que

quer”, aí... Ele vai falando lá, eu vou respondendo, mas... Já foi o tempo do que eu conversava, que eu tinha muita facilidade, tudo, mas hoje eu não sou mais o mesmo.

Finaliza a entrevista referindo a percepção atual de si mesmo:

[...] eu gostaria de ter mais... De ter um jeito melhor para falar, tudo, mas o problema é que eu, de uns tempos para cá, eu não tenho conversado muito [...] eu acho que eu volto a falar as mesmas coisas sempre [...] a princípio eu estava preocupado, com isso, o que eu vou responder.

4.1.4 Fabiano: supervisor de psiquiatria

Fabiano fala sobre a origem da assessoria psiquiátrica na ESF onde trabalha:

[...] uma parcela extremamente importante das pessoas que chegavam nos serviços de saúde mental e de psiquiatria, tinha uma série de problemas de uma gravidade leve a moderada que na realidade poderiam perfeitamente ser tratados pelos profissionais da assistência primária de saúde [...] desde que esses profissionais de assistência primária à saúde tivessem alguma formação e um suporte continuado das equipes especializada de saúde mental, dos profissionais especializados do serviço de saúde mental. A outra observação é que além dessa questão de transtorno mental ou de sofrimento psicológico, psíquico, propriamente dito, existe toda uma dimensão psicológica de saúde mental envolvida no trabalho em assistência primária à saúde, que passa, por exemplo, na questão do trabalho com as pessoas, com as famílias, com as comunidades sobre orientação em relação a riscos e benefícios quanto à saúde, à comportamentos é... Que diminuem ou aumentam o risco em relação à saúde, que é um ponto fundamental, que quando o profissional de saúde principalmente na assistência primária à saúde, tem uma boa qualidade no trabalhar essa dimensão psicológica, né propriamente dita, o trabalho melhora muito.

Diante da necessidade de estruturar um serviço de suporte psiquiátrico às equipes de SF, relata quais foram as ideias iniciais para tal iniciativa:

[...] a ideia básica foi estruturar exatamente um trabalho colaborativo com as equipes de assistência primária à saúde, é... Que implicasse tanto num modelo de consultoria e ligação e... De profissionais da equipe de saúde mental e de psiquiatria com essas equipes de... Do PSF, como também um modelo de formação dos médicos de medicina de família e comunidade e também dos enfermeiros dessas equipes de saúde da família, que implicasse numa formação teórica e também a passagem em um serviço especializado em psiquiatria, onde eles tivessem contato com uma quantidade grande de pacientes com transtornos mentais mais graves de tal maneira que eles

tivessem uma mudança atitudinal de lidar com esse... Com essas pessoas com transtorno mental mais grave também [...] a ideia básica é que o aprendizado a lidar com isso, se daria, se dá no atendimento rotineiro desses profissionais em uma assistência primária à saúde, porque esses quadros tem uma prevalência muito grande. Quer dizer, se você somar todos os transtornos mentais na assistência primária à saúde, dificilmente você vai encontrar menos do que trinta por cento dos pacientes no momento se encaixando num diagnóstico de transtorno mental que tem no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) e CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). Se você somar isso ao numero de pessoas que tem um estresse, ou um sofrimento psicológico aumentado, isso daí com certeza chega a cinquenta por cento. Se você somar as pessoas que estão enfrentando problemas psicossociais, a isso, com certeza a gente chega que a maioria das pessoas tem problemas psicossociais, ou estresse, ou transtornos mentais importantes, na assistência primária à saúde, no PSF, essa é uma dimensão fundamental a ser trabalhada com essas pessoas. Se você somar isso, como eu falei antes, com a questão de como trabalhar o vínculo com os pacientes e com as famílias, quer dizer então, essa é uma demanda fundamental.

A partir dessas ideias básicas, ele relata como acontece o trabalho de assessoria psiquiátrica nas equipes e os atendimentos aos pacientes:

[...] reuniões com as equipes do PSF [...] duração de noventa minutos, uma hora e meia, a gente pode discutir temas, pode discutir casos, a gente pode ver pacientes e/ou famílias conjuntamente e decide se os pacientes vão ser acompanhados só a nível da assistência primária à saúde com os próprios agentes, ou se o paciente ou a família vai ser encaminhado pra um atendimento especializado em saúde mental também. Então basicamente é isso que a gente faz. [...] e nesse curso a noite nós discutimos uma série de temas, que começam com como operacionalizar uma abordagem biopsicossocial na assistência primária à saúde [...] discutimos tópicos relacionados à colaboração do profissional de saúde, o vínculo, e para isso a gente usa algum material didático mais estruturado, então a gente usa um texto sobre entrevista motivacional aplicada em assistência primária à saúde [...] ela incorpora uma série de concepções e de... de práticas desenvolvidas pela terapia centrada na pessoa, pelas terapias humanísticas, né, possibilitando também um foco extremamente diretivo [...] ela ajuda a desenvolver aquelas micro habilidades necessárias para ... você acompanhar a pessoa, né, então a ideia de que o atendimento é cooperativo, deve estimular a autonomia da pessoa, de que a mudança deve ser interna e não exposta, imposta externamente e desenvolvimento de dessas micro habilidades que vão permitir uma empatia mais apurada, uma empatia mais adequada com a pessoa que ta, que você tá querendo ajudar. E a gente discute também os transtornos mentais mais comuns, através de texto, né, tirando duvidas, etc, e a gente também oferece uma formação através de um manual em terapia de solução de problemas que é uma abordagem cognitivo comportamental que tem sido mostrada como possível de ser treinada em tempo razoável com profissionais de assistência primária à saúde e que tem eficácia pra tratar transtornos depressivos e ansiosos como esses da atenção primária à saúde.

Fabiano refere, também, à grande diversidade de situações que encontra no trabalho com as equipes de Saúde da Família, situações essas que provocam sentimentos de impotência e a necessidade de aprender a lidar com as limitações.

Na realidade o trabalho com o PSF, o que acontece é que... É... Assim, a quantidade de situações que aparecem é enorme, na realidade é infindável, quer dizer, se você quer caracterizar essas situações, dá uma quantidade imensa, não são poucas categorias, porque na realidade é um... É uma realidade que acontece de uma maneira extremamente variada, e que assim, realmente cada caso é um caso. Situações também que mexem muito com a gente, são situações de violência doméstica, violência contra crianças, são situações que a equipe do PSF lida muito e que quando a gente trabalha junto com a equipe do PSF não tem como a gente se esquivar, né, quando você vai trabalhar com equipe do PSF, você se confronta com essas situações que frequentemente a sensação do que a gente pode fazer, é uma situação de que a gente fica impotente, frequentemente, porque depende de outras ações em relação à melhoria de qualidade de vida, ter equipamentos de... Que ofereçam uma melhor qualidade de vida pras pessoas que não estão ali disponíveis imediatamente. Então a gente tem que aprender a lidar com essas limitações [...] você vai lidar muito com pessoas e com famílias que não querem a ajuda da maneira que você acha que ela tem que ter a ajuda. Então a capacidade de negociar, com uma pessoa ou com a família, de ser empático em relação com o que a família e a pessoa acham que é necessário, é fundamental.

Na sua percepção, a equipe de suporte psiquiátrico procura capacitar os profissionais médicos e enfermeiros como líderes da equipe, com uma postura de segurança e confiança:

Uma das coisas que a gente procura fazer é capacitar o médico e o enfermeiro como líderes da equipe, de tal maneira que eles possam no sentido do atendimento da psiquiatria e da saúde mental, de tal maneira que eles possam, é... Passar uma postura de... Segurança e de confiança para os auxiliares de enfermagem e para os agentes comunitários de saúde, porque essa é uma das questões principais dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de enfermagem, quer dizer, eles precisam sentir que o médico e o enfermeiro, como profissionais de nível superior do PSF, têm uma resposta, né, as situações angustiantes, estressantes, que eles veem no dia a dia deles, nas visitas domiciliares, nas orientações que eles fazem para as pessoas e pras famílias.

Comenta também da possibilidade de interfaces entre a psiquiatria e a saúde primária, com uma percepção de melhora e continuidade dos acompanhamentos.

[...] existe uma dinâmica que é muito interessante, que a gente vai assumindo pacientes que são detectados por eles e que têm maior gravidade que a gente precisa acompanhar, mas ao mesmo tempo, pacientes que estão acompanhados pela gente no serviço especializado de saúde mental, quando

melhoram, você pode frequentemente conversar com as equipes de assistência primária à saúde e eles continuarem com acompanhamento, só que agora a pessoa está com um nível psicológico muito melhor, não tá mais sintomática do ponto de vista psiquiátrico, de tal maneira que ela precise de um atendimento especializado. [...] então você vai fazendo essas, essas interfaces. A vantagem que tem disso é que a gente acaba podendo usar os poucos recursos que a gente tem, o pouco tempo que a gente tem na realidade, pra atender realmente os casos mais graves, enquanto os casos, as pessoas com sofrimento mais leve, mais moderado, aí a equipe de assistência primária à saúde com a retaguarda da equipe, consegue dar conta.

Fabiano percebe que para um trabalho adequado não é suficiente somente a formação dos profissionais, é também necessária uma mudança na organização do sistema de saúde:

[...] pras equipes do PSF, da assistência primária à saúde poderem dar um bom atendimento em saúde mental, em psiquiatria, etc, não adianta só investir na formação deles, eles precisam ter tempo para adequadamente trabalhar, eles precisam ter os profissionais especializados trabalhando junto com eles, dando suporte, e... Um suporte adequado às necessidades deles na assistência primária à saúde, eles precisam ter esses profissionais especializados fornecendo educação continuada pra eles na assistência primária à saúde, eles precisam ter serviços especializados de saúde mental disponíveis para encaminharem os pacientes quando os pacientes estão piores de uma maneira ágil e rápida. Quer dizer, todas essas coisas organizacionais são fundamentais. Se elas não existem, não adianta você querer investir só na formação da assistência primária à saúde. A outra coisa é que essa formação [...] tem que ser continuada e no local de trabalho deles continuamente, porque não adianta você achar que você faz um curso de saúde mental, de psiquiatria, relacionado ao médico, enfermeiro, ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, que essas intervenções pontuais vão mudar realmente a... O conhecimento, a atitude e a prática desses profissionais nessas questões de saúde mental. Não vai! Então você precisa de mudança organizacional, precisa dar condições para eles fazerem isso e a... A educação, a formação precisa ser realmente continuada. Quando isso não acontece, não funciona.

Além da adequação do Sistema de Saúde e da formação continuada, Fabiano aponta duas questões que considera essenciais para o trabalho na atenção primária, que é o trabalho dentro de uma abordagem biopsicossocial e o desenvolvimento do vínculo.

Quer dizer, a coisa, essas duas coisas, a concepção de uma abordagem psicossocial e a concepção de como você percebe, como você trabalha o vínculo, eu acho que são as duas coisas básicas, é a partir daí que você pode construir todo o resto, né. Aí todo o resto inclui ter uma ideia de como são as classificações psiquiátricas contemporâneas, quais são as limitações delas inclusive, como é que você diagnostica, ter uma ideia aí, é... De procedimentos psicoterapêuticos e farmacoterapêuticos para trabalhar o sofrimento psicológico, os transtornos mentais, mas, tudo isso, quer dizer, são construídos a partir dessas duas coisas básicas, que eu acho que é a

operacionalização de uma abordagem biopsicossocial e a questão do vínculo [...] a ideia de... Um atendimento centrado na pessoa mesmo, de... Ajudar a pessoa mesmo a explorar a sua angústia.

Fabiano refere também o que considera fundamental para se atingir as condições necessárias para a organização da atenção em saúde mental na ESF, referindo a inter-relação entre o gestor de saúde, as equipes de saúde da família e as equipes especializadas em psiquiatria:

[...] uma das coisas que é fundamental pra você fazer bem esse trabalho da estruturação de uma boa qualidade do atendimento de saúde mental [...] você precisa de uma boa disposição das equipes de assistência primária à saúde, uma boa disposição das equipes especializadas de saúde mental, e uma boa disposição do gestor de saúde. Quer dizer, você precisa dessas três coisas para organizar direito esse trabalho. Quer dizer, o gestor de saúde precisa ter a noção de que isso daí é uma coisa importante. Que isso melhora a qualidade do atendimento em saúde, na realidade, inclusive tenha recursos, e fundamentalmente e melhor do que isso, melhora a qualidade do atendimento pras pessoas. As equipes de assistência primária à saúde tem que estar dispostas a fazer esse tipo de trabalho, e as equipes especializadas de assistência à saúde mental têm que, os profissionais especializados têm que estar disponíveis para ir lá conhecer esse setting, esse tipo de trabalho que frequentemente não conhecem, e se adequar às necessidades das equipes de assistência primária à saúde em termos do que elas precisam de saúde mental. Então você precisa dessas três coisas, por isso não é tão fácil de sair e por isso que é tão importante você dar condições organizacionais, vamos dizer, de tempo e espaço pra que isso possa ser feito adequadamente. Acho que basicamente a ideia geral é essa...

Fabiano, ao falar sobre os profissionais, percebe que o que é fundamental para a manutenção da saúde mental no contexto do trabalho é o compartilhamento e a troca entre os profissionais de saúde.

[...] eu acho que uma das coisas fundamentais, eu acho que... em termos profissionais, é o compartilhamento mesmo. Quer dizer, ah... ainda mais quando você vai trabalhar com o pessoal do PSF, quando você vai trabalhar com o pessoal de uma assistência primária de boa qualidade, compreensiva e integral mesmo, a quantidade de problemas que você vai enfrentar junto com eles é enorme. Então, quer dizer, o compartilhamento dessas situações, ah... a questão de ter claro que ah... Ninguém é capaz de resolver todas as coisas sozinhas, e nenhum tipo de serviço é capaz de atender a todas as demandas sozinhas, quer dizer, esse compartilhamento dos problemas, e, portanto, o compartilhamento das satisfações e do sucesso é uma coisa fundamental pra gente lidar bem, em termos do trabalho profissional com... É... Com a nossa saúde mental.

Acrescenta, ainda, outras coisas que considera importante para manter uma boa saúde mental, como o cuidado com a saúde física e um ambiente de trabalho adequado:

[...] eu acho que pra manter a nossa saúde mental boa, a gente precisa cuidar da nossa saúde física, né e aí, a gente que é da área psi, muitas vezes a gente fala, a necessidade também de fazer uma terapia, etc, eu acho que pode ajudar. Mas não acho também que é uma coisa absolutamente imprescindível, eu acho que esse compartilhamento, né, não precisa se dar obrigatoriamente só numa terapia, pode se dar nesse ambiente aí profissional, de confiança, etc, eu acho que... e assim, além dessa questão da saúde física, essa outra coisa organizacional, quer dizer, os locais, os equipamentos, onde você trabalha tem que ter o mínimo de adequabilidade, de conforto, quer dizer, tem que ter um local, eu acho, minimamente confortável onde o profissional de saúde pode sentar, respirar, descansar, tomar um cafezinho, né, quer dizer, onde ele tenha uma privacidade também, um local limpo, que o local que ele vai usar é confortável, essas coisas são fundamentais pra gente cuidar da saúde mental da gente também. É ter uma boa qualidade de vida também durante o trabalho, né. São essas coisas...

Por fim, refere a sua percepção na relação com os núcleos nos quais faz assessoria, destaca a importância do compartilhamento e também de atitudes pessoais de flexibilidade, bem como a abertura para a ventilação das angústias:

Eu acho que esse compartilhar, ele acontece toda semana nessas ocasiões que a gente vai tendo esses encontros periódicos com as equipes. Você vai lá, enfim, eles falam das suas dificuldades, a gente fala das nossas, eles expõem as coisas que deram certo, a gente divide os problemas, vamos ver o que é possível fazer e assim, eu acho que existem algumas diretrizes gerais de como fazer isso, mas eu acho que assim, a questão fundamental é flexibilidade, quer dizer, a gente tem que ter flexibilidade pra se adequar também pras necessidades dos outros, né.. E essa coisa de, de vez em quando fazer uma terapia, eu acho que é uma... Uma coisa importante também, quer dizer, a existência de espaços onde você possa ventilar suas angústias, suas dificuldades, isso é... E ter condições físicas mesmo adequadas de trabalho, do local.

4.1.5 Vitória: agente comunitária de saúde

As vivências relatadas por Vitória referem a sua dificuldade inicial no trabalho e na sua identificação com o sofrimento das famílias.

Pois é, quando eu entrei aqui, eu tinha muita dificuldade com essa área, né, mas eu até acabei descobrindo que eu tinha depressão. Aí eu comecei a me

identificar muito com esses problemas e aí eu fui me tratar, né. Mas, em relação ao trabalho, a gente visita muitas pessoas que tem essa carência, sabe, de conversa, às vezes já toma alguma medicação pra depressão, ou de algum transtorno e a gente aqui não sabe como ajudar e a gente fica aflito com essa situação.

As casas terapêuticas também representam um exemplo de visita que a mobiliza muito, pois se vê impossibilitada de ajudar.

[...] eles querem reintegrar essas pessoas na sociedade, só que até então a gente não consegue entender direito esse projeto porque, por exemplo, hoje eu fui numa casa terapêutica, são cinco pessoas, cinco mulheres na mesma faixa etária entre 45 a 60 anos no máximo, totalmente, sabe, mal cuidadas, com higiene precária, onde o tabagismo é muito frequente, isso me incomoda muito, e a gente não sabe como ajudar. Isso é frustrante, aí a gente volta pra equipe e traz pra discussão de caso e o médico da uma orientada, a enfermeira dá uma tranquilizada na gente porque é assim mesmo. Se a pessoa não tá em tratamento a gente vai fazendo a visita devagarzinho pra ver se a gente consegue trazer essa pessoa pra cá e iniciar o tratamento. Aí vai fazendo visitas periódicas pra ver se flui uma melhora aí. Acho que é isso.

Vitória considera importante que as pessoas tenham alguém para conversar, seja terapeuta, psiquiatra, psicólogo, vê como uma necessidade de todos. A ajuda é vista como uma potencialidade do seu trabalho:

[...] na verdade toda pessoa deveria ter um terapeuta, um psiquiatra, um psicólogo, uma analista, o que seja. Porque todo mundo tem essa necessidade, né, mas tem algumas pessoas que tem mais dificuldade de se expor e fica meio que, segura mais esse tipo de emoção que frustra, aí começa a ficar angustiado, a querer chorar, umas pessoas tendem para o suicídio, outras tendem para outras coisas, para a agressividade e eu adoro psiquiatria. Só que assim, eu tenho vontade de entender melhor, é muito, muito complexo pra mim. Mas, a gente tenta lidar com a medicação, quando vê que a pessoa não tá legal conversa, muita conversa, às vezes você conversa, conversa, conversa, conversa com a pessoa e você sai da casa dela, ela tá bem melhor. Tem umas que você conversa e não adianta nada, mas tem outras que você consegue ajudar e isso pra gente é importante.

Parece ser importante para Vitória conseguir ajudar as famílias que visita. Percebe que algumas vezes sua conversa não adianta, mas reconhece também que é necessário ter flexibilidade para compreender a necessidade do outro.

Então, você tem que ter muito tato pra às vezes conseguir a sua informação e também assim flexibilidade de você enxergar que a pessoa não tá precisando daquilo agora, que aquela necessidade é sua, de você tentar ajudar ela na

necessidade que ela tá naquele momento, então é complicado, é muito complicado.

Estar em contato com o outro nas visitas, com o desejo de ajudar as pessoas, significa para Vitória se deparar com as limitações e a angústia.

[...] às vezes a gente sente um pouco limitado nas ações, às vezes a gente quer resolver e é o trabalho da equipe, né. [...] tem que ter essa flexibilidade para trabalhar junto e os resultados são pequenininhos [...] a gente fica angustiada, porque a gente tá ali todo dia na rua vendo, vivenciando os problemas das pessoas e a gente fica aflito porque a gente quer resolver e nem sempre e assim, né, então é aquela coisa que a gente tem que parar, respirar fundo, perai, não é assim, vamos devagar, vamos ver o que der pra resolver a gente resolve, o que não der paciência, mas é uma angustia pra gente, não só pra mim, acho que pra todas as agentes comunitárias, aquele medão com algumas famílias complicadas, e aí fica com aquela coisa, nossa, eu queria tanto ajudar e não consigo! É por aí...

Vitória percebe o seu trabalho como muito próximo às famílias. Isso suscita a sensibilidade para as emoções e aponta para a necessidade de suporte:

Assim, até vendo por um outro lado, o agente de vez em quando quase sempre, ele dá uma descompensada emocionalmente, todas as agentes aqui um dia precisaram ou vão precisar de alguma terapia, justamente por essa vivência diária. Então a gente, como é que eu vou te dizer, a gente fica muito sensível para as emoções, então a gente acaba trazendo aquilo pra gente... Então aquela coisa da distancia ótima [...] às vezes a gente está tão próximo da família que a gente não consegue ver a evolução e nem mesmo a piora daquela família, aí a gente tenta se afastar um pouco...

De acordo com as suas possibilidades internas, ela tenta lidar com seus problemas e suas emoções, mas se percebe limitada, quando procura, então, a equipe para compartilhar a sua aflição e a sua impotência diante das situações.

Então, complicado... Fica eu e os meus problemas, quando eu consigo... Tem o espaço na equipe para chegar e dizer "olha eu tô aflita por causa disso, disso e disso, só não sei como ajudar. E algumas pessoas que dizem "olha, fica tranquila, isso não é seu, o que é seu a gente tá tentando resolver, e vai encaminhar conforme forem as situações", o resto, essa angústia gente não sente mais. Mas, tem momentos em que a gente não tem espaço, né, aí a gente fica angustiada.

Vitória vai, constantemente, enfatizar a necessidade de ter um grupo de supervisão na equipe, da importância da conversa, da relação com o outro, tanto na vivência pessoal quanto profissional.

[...] às vezes a pessoa conta um problema parecido com o que você tá passando na sua casa, você tem que engolir seco e tentar ajudar. Oh, poxa vida, como é que vou ajudar aquela pessoa, sabendo que eu estou passando por esse problema em casa. Então, né, é coisa de separar, às vezes a gente está tão né... Assim... Emotiva, que a gente não consegue separar e não consegue ajudar. Então, essa supervisão, digamos assim, seria ótima, seria muito importante (...) voltado para a aflição das agentes. Uma coisa assim, "ai, como é que você está se sentindo hoje", "ah, hoje eu fui numa família que é assim, fiquei assim, assado", cada um possa dizer como é passar por isso, "nossa com ela aconteceu a mesma coisa". Tipo... Não é resolver o problema para a gente, trazer o espaço para a gente trocar as ideias e desabafar.

Relata sobre uma experiência de rodízio entre as agentes, quando elas trocaram as famílias que visitavam. Considerou positivo, pois permitiu olhar de forma diferente para as famílias que eram visitadas por outra profissional.

[...] a gente fez esse rodízio nas outras áreas, pra gente poder ver a família de um modo diferente [...] cheguei aberta nessa casa, ela (a antiga agente responsável) foi comigo nessa casa em que não era bem recebida, e eu fui bem recebida, sabe, e foi outra coisa, então você dá uma visão diferente para o teu trabalho. Você começa a levar outras pessoas, né, ajuda mais. [...] e a coisa de trocar deu esse up aí, de a gente conseguir se sentir melhor, se sentir útil para a família, foi bem legal [...] porque às vezes a gente não está enxergando o que a pessoa está querendo passar pra gente. Ela não está querendo que a gente resolva, ela só tá querendo falar de uma aflição que ela está sentindo.

Vitória compreende “ajuda” (sic) como “saúde” (sic) e ela consegue oferecer ajuda por meio da conversa. Enfatiza a importância do cuidado ao outro, da escuta, da relação interpessoal, tanto nas suas experiências pessoais, quanto nas ações de trabalho:

O que ajuda? É saúde, o que eu fiz pra conseguir isso? É conversa, só de conversar [...] a gente começa a explicar para as pessoas, então o ato de você ir fazer uma visita, conversar com a pessoa, e você conseguir botar, estampar um sorriso no rosto dela, pra gente já é efeito, independente de ter falado “nossa, o cabelo daquela artista é horroroso, não sei o que” [...] não importa o assunto, com tanto que ela melhore a auto-estima, pra gente o importante é saúde, pra gente é tá beleza (ri).

Ela possui o desejo de ajudar, de saber se o outro está bem. Entretanto, na continuação da fala anterior, há também um desgaste proveniente dessa relação.

Igual você tem que ter uma humildade pra você chegar na casa da pessoa e pra abordar ela, dizer “olha, eu vim aqui porque eu to preocupada com você,

o meu trabalho é saber se você está bem” e as vezes a gente tá tanto de saco cheio que é só “oi, tudo bem, ah... então ta... tchau”. A pessoa começa a falar e você... “a então, ta... tchau”. Tem horas que a gente não consegue absorver o que a pessoa está falando porque a gente já está estafado.

Enquanto que a relação com as famílias é apontada como uma fonte de consumo de suas energias, a relação com as demais agentes da unidade surge como uma possibilidade de compartilhamento e de ajuda, de união e de integração.

[...] todo mundo se ajuda, sabe, se um agente comunitário tá com problema a gente se junta, vamos ajudar, no geral a gente trabalha bem assim. Pelo menos entre as agentes comunitárias tem uma integração bem boa mesmo, de vez em quando sai uns atritos, mas a gente resolve e está tudo certo [...] é tranquilo isso, não é forçado, a gente se da bem porque se dá bem mesmo, quando tem uma desavença a gente acerta... e vai tocando o barco, e a gente está sempre tentando ajudar um ao outro.

Na continuidade, Vitória complementa que existe uma fragilidade em si, vendo-se e definindo-se como a mais sensível de todas e reforçando a importância de um trabalho de supervisão.

A tendência é por um ponto nessa fragilidade que eu te falo tanto e as meninas me escolheram pra entrevista porque elas acham e eu também acho, que eu sou a mais sensível de todas (ri). Qualquer coisa eu estou chorando. Então, é por aí, né. Se alguma fala alguma coisa de atravessado, a gente fica meio assim, “ai não gostei do que você falou”, já tenta resolver, mas a gente fica bem sensível, por isso que eu acho importante a gente tentar essa supervisão aí...

Lembra-se de uma experiência em que a equipe teve uma assessoria com uma psicóloga e refere sobre seu aprendizado: “*não ficar tão angustiada, de tentar resolver as coisas, de afastar um pouco os problemas e não deixar... não transferir aquilo pra nossa vida...*” (sic).

Ao final da entrevista, Vitória parece sintetizar os aspectos mais relevantes relatados. Primeiramente, retoma que seu sofrimento se intensificou a partir do suporte rotineiro às emoções das famílias visitadas, apontando para a dificuldade em lidar com as angústias e sofrimentos humanos. Por outro lado, ela enfatiza a importância de um grupo de supervisão para lidar com as dificuldades e sofrimento.

[...] eu acredito muito que esse trabalho me ajudou bastante... A ficar ruim... (ri) esse trabalho... É... A ficar mais doida assim (faz caretas, brincando)

mais doida... Brincadeira. Mas é, se você já tem uma tendência a ser depressiva, e você trabalha num lugar que você lida com emoções toda hora, você acaba descompensando mesmo... Mas a gente tenta... Por isso que eu tenho hoje... Que eu faço mais a questão da supervisão, que eu te falei, eu fiz terapia, sei lá, eu acho que uns três anos, quatro, quase, e me fez bem... Então... Às vezes eu acho que pode fazer bem pras outras pessoas também...

Para Vitória, conversar com pessoas que gosta, faz com que ela melhore e ajuda a se sentir bem.

Uma coisa que me deixa feliz... Hum... ai é... Acho que nessas horas que eu to ruim... Sei lá, acho que é conversar com quem eu gosto, conversar com quem me entende, na verdade, às vezes você tem uma afinidade com uma pessoa inexplicável, eu tenho muito essa afinidade com a outra agente, de a gente olhar uma pra outra e falar “hum, você não tá legal hoje, vamos conversar?” E quando eu to meio deprê assim, eu converso... Aí melhora. **E isso te ajuda? Ajuda... E você encontra esse apoio aqui mesmo, então? É,** nas agentes, quando eu não converso com uma, converso com outra e assim vai indo... (ri...) acho que é isso...

4.1.6 Mário: coordenador da unidade

Mário inicia seus relatos referindo sua percepção sobre a demanda de problemáticas relativas à saúde mental na ESF, como depressão, ansiedade:

[...] a gente percebe que uma parte grande das pessoas tem problemas relativos à saúde mental. Não necessariamente doenças mentais, muito bem caracterizadas, mas problemas em geral, queixas, né, ansiedade, depressão, depressão que é doença mesmo ou estados depressivos transitórios e assim por diante. [...] O pessoal procura a gente por... Às vezes até trazendo queixa orgânica, mas com uma desculpa para ter acesso ao serviço e poder falar das ansiedades, das coisas, etc. Isso acontece muito.

Diante de tal realidade, Mário percebe a necessidade de implantar um suporte técnico de psiquiatria para as equipes de saúde da família:

Bom, a primeira coisa que nós precisamos é montar uma assessoria de saúde mental. Porque a gente não tinha muita preparação para isso, né, aí nós convidamos o pessoal da psiquiatria e desde então ele é um supervisor de saúde mental dos núcleos [...]. Então isso daí deu um suporte técnico muito interessante para as equipes, porque os casos de saúde mental são discutidos hoje, e o pessoal começou a aprender, e ele dá um curso de saúde mental para os residentes de saúde da família. Então, a coisa começou a crescer e o

pessoal começou a ganhar habilidade até na prescrição de medicamento, então é isso, experiência clínica de saúde mental, eu tenho assim, com coisas mais simples, quadro de ansiedade, distúrbio do pânico, caso de depressão, dificuldades gerais da vida da pessoa, que não são necessariamente doenças [...] a gente entra muito em contato é com pacientes alcoólicos, né, é... Pacientes e... drogradictos, não... Não tenho muita experiência não, mas tem muito drogadicto na área. E pacientes em estado de pobreza, isso traz dificuldades na saúde mental, perda de emprego, perda de parentes, coisas assim, é mais ou menos isso.

Relata que o trabalho desenvolvido na equipe é de tratamento clínico, de medicação, conversa e orientação.

A gente atua mais clinicamente, com medicação, com orientação ou coisa assim não tem um trabalho específico, mas a gente deveria ter. [...] é uma coisa mais clínica mesmo, de conversa, conversa com o agente comunitário, orientação na casa e tal, orientação para a família. E os casos de saúde mental mesmo que já estão em tratamento, a gente também faz o seguimento clínico deles aqui, então às vezes tem até pacientes esquizofrênicos, pacientes com doenças mais graves que... Mas eles estão medicados e orientados pela saúde mental. O que a gente faz é o acolhimento aqui e um atendimento clínico de outros problemas. E... A gente oferece o espaço do núcleo, também para eles, eles gostam muito de vir aqui, de conversar, sabe. E tem até a casa aqui, que abrigam os pacientes do Santa Tereza que nós temos essa ligação, duas casas aqui na área do núcleo e que a gente vai na casa, visita e eles vem muito na unidade.

Mário também aponta algumas faltas que percebe, como um espaço de terapia de grupos e a desmistificação do tratamento da pessoa que está em sofrimento psíquico.

É bem começo, fazem atendimento clínico, mas o que falta mesmo é um... Porque aqui a gente poderia ter um espaço de... De terapia de grupos, essas coisas e tal que a gente não tem, não tem porque, assim, falta alguns profissionais na equipe de saúde da família, pra dar um apoio pra gente. [...] naquele conceito assim de que você não deve discriminar o paciente, o que a pessoa tem de problema mental. A ideia que a gente segue é que não é porque toma medicação que é diferente, é um paciente como qualquer outro, a ideia que a gente segue é essa. Entendeu... Pra desmistificar até a parte de medicação na área de saúde mental, porque a gente fala assim, bom, se o senhor tiver uma pneumonia o senhor não vai tomar um antibiótico, vai, então porque que se tem uma esquizofrenia não vai tomar a medicação, qual é a diferença no final de contas.

Fala também das dificuldades que encontra no contato com a pessoa que está em sofrimento psíquico, referindo também suas experiências vividas.

[...] você não está acostumado a trabalhar com certos comportamentos que podem acontecer com pacientes mais graves, como a agressividade, é uma,

falta de contenção, é outra, tem aquele paciente que mexe nas coisas, se bem que aqui isso é raro. [...] e às vezes, por exemplo, alguns pacientes ou muito deprimidos ou muito agitados, o nosso pessoal não tinha familiaridade com isso. Então, isso acontece na medicina como um todo. [...] A gente tá tentando tirar um pouco disso, e acho que a gente está conseguindo, porque o pessoal tem menos preconceito, com esses pacientes do que tinha antes. Até a gente também, você vai acostumando, que não é um bicho de sete cabeças. [...] eu tinha um paciente desses, eu encaminhava e... não queria saber. Quando eu vim para a saúde da família, que eu comecei a ver um monte de coisa que eu também não estava acostumado a ver [...] Então eu comecei a atender pacientes de depressão, comecei a estudar um pouco mais isso, eu já não tenho muita dificuldade em atender um paciente com depressão, não digo gravíssima, mas essas comuns não tenho dificuldade. Também não tenho muita dificuldade de atender um paciente ansioso, com síndrome do pânico, mas ainda tenho alguma dificuldade de fazer diagnóstico e tratar, por exemplo, paciente com esquizofrenia, ou algum distúrbio...

Entretanto, Mário relata que a sua maior dificuldade não é o tratamento específico das doenças, mas sim as questões sociais, apontando a necessidade de interação entre diversos setores.

Veja só, qual que é a nossa dificuldade aqui, que eu sinto no momento. Não é tratar dos doentes com doenças específicas. Não é, isso a gente sabe que não é. E até quando a gente sabe que tem uma doença específica a gente sente até um certo alívio [...] quando você tem alguma situação social familiar muito complicada você tenta interferir com a família, mas você não consegue direito isso, entendeu. E aí a coisa vai ficando complicada, porque o paciente vai retornando do mesmo jeito, a gente chama a família, conversa, explica, mostra a necessidade da família melhorar os cuidados com a pessoa, a pessoa tá maltratada, tá passando fome, não sei o que, a família não quer fazer isso ou não consegue fazer isso e o paciente também não. Então a gente acaba ficando, às vezes a gente chama outras pessoas de outros setores, por exemplo, chama a assistente social da prefeitura pra discutir, chama o conselho tutelar quando afeta a criança para ajudar, não sei o que, mas nem sempre a gente tem uma boa saída para isso não [...] essa situação social... Isso é difícil. É a coisa mais difícil que tem na área de Saúde da Família é isso [...] desse ponto de vista a atuação dos especialistas também não ajuda muito, porque não se trata de um problema de conhecimento, é um problema de equacionamento de uma situação, aí não tem saber, tem a vontade de fazer.

Relata sua percepção no que se refere à prática, fala sobre a necessidade de ações intersetoriais que deveriam ser desenvolvidas no trabalho das equipes de saúde da família e também sobre a importância da participação das famílias:

[...] atuação Inter setorial que não existe, a gente fala de ação inter setorial, mas não tem, a parte de... De... Do que seria a secretaria da cidadania, do bem estar social, etc, é uma piada, porque eles não têm dinheiro, eles não têm gente, eles não têm nada, certo, então assim, o que eles vão fazer? Tem uma assistente social para tomar conta de um distrito inteiro, não tem uma

cesta básica para distribuir, ela não tem nada, ela fica fazendo cadastro das pessoas, entendeu. A parte da educação não faz absolutamente nada assim pra, faz a parte deles, dá aula e tal, mas não, não tem essa interação, o que eles costumam fazer é encaminhar o problema deles para a gente. Certo? Então falta muito essa interação para você de fato ajudar a família a fazer alguma coisa melhor. E a família também joga na mão dos serviços de saúde os problemas, né. Se pudesse eles largavam o doente aí. Que é o problema da hospitalização na saúde mental, não é problema que o hospital que quer ficar com o doente internado, o problema é que a família que não quer o doente, no geral. Então essa falta de atuação Inter setorial na nossa sociedade é muito complicado, porque... Enfim... A gente não tem uma boa atuação. Tem muito discurso que tem, e tal, mas você vai ver mesmo, o que você está fazendo, me fala? Não estamos atuando legal nessa área não. Precisa melhorar muito. Inclusive chamar a família mesmo.

Acrescenta, ainda, os recursos que ele percebe na ESF e a necessidade de maior interação entre os setores para melhorar a saúde de modo geral e evitar a medicalização, percebida por Mário como um problema sério.

Eu acho que essas são as maiores dificuldades, por exemplo, o pessoal não tem um espaço de convivência no bairro, não tem. Os idosos não têm... Tem um funcionamento bom o programa do PIC nas praças, isso é legal. Fora o PIC não tem nada, não tem centro comunitário, não tem lazer, como pode o fulano não tem lazer, ou você vai no shopping ou vai sentar no boteco e depois vai para casa. Então, o que ficam fazendo esses idosos? Porque aqui tem muito idoso nessa área. O que eles ficam fazendo trancado dentro de casa. Não estão fazendo nada, certo? [...] Acho que falta na nossa sociedade essa interação entre os vários setores pra melhorar a saúde de uma forma geral, porque senão tudo vira medicalização. E é um problema sério pra nós a medicalização. A gente acaba medicalizando mesmo, porque às vezes você não tem outra coisa para fazer. [...] Então, se a gente atuasse melhor em algumas áreas poderia ser que a gente tivesse menos problemas complicados pra resolver. Isso vale pra qualquer área da saúde e pra saúde mental também.

Na continuidade de suas falas, Mário refere como seria um programa de prevenção secundária:

Por exemplo, os espaços de convivência desses adultos, desses idosos, etc, no sentido de tentar melhorar o equacionamento dos problemas que eles sentem, problemas familiares, filhos, dificuldades, etc. Então, o isolamento leva a pessoa a ir para o desespero, então, ela não sente uma solidariedade social em relação ao problema dela, ela tende a ... agonizar aquele problema. Perdeu o emprego, estou com a mãe velhinha em casa, o que que eu faço. Bom, se ele tivesse um espaço social para discutir isso, talvez ele tivesse isso, mais soluções, mas não, ele entra em desespero e aí vai procurar um médico, procura os recursos médicos, podia ter uma coisa melhor do que isso, então é aí que a gente poderia atuar melhor. Mas isso não é uma coisa só da área médica e não é uma coisa só da área da saúde. É uma coisa social [...] E tem um monte de coisa pra fazer que a gente não faz. Tem esporte

adaptado pra deficiente, tem esporte adaptado para idoso, que a gente não faz. Tem oficina cultural que poderia fazer com idoso, com... Que você não faz, tem um monte de coisa. E a gente não faz nada disso, mesmo na saúde da família aqui a gente fica meio medicalizado. Então é isso, eu acho que tem muita coisa ainda que precisa ser trabalhado [...] posso até aprender com o outro como ele faz, isso já melhora muito as coisas, só isso aí, então eu imagino que isso na área da saúde mental poderia funcionar também, dessa forma, quer dizer, não é só eu que estou triste, não sou só eu que estou deprimido, não sou só eu que perdi o emprego, nada. Então isso daí muda a visão que a pessoa tem da vida.

Mário refere suas percepções a respeito da área da saúde e de como percebe a expectativa das pessoas. Diz de uma percepção baseada na resolução de problemas, proporcionada tanto pela área da saúde, quanto pelas pessoas que buscam por entidades que solucionem as problemáticas da vida. Na sua perspectiva, uma prática centrada na resolução de problemas favorece uma cultura de medicalização e de uso abusivo de tecnologia para a obtenção de diagnósticos.

[...] a área da saúde, ela tem uma mania assim de achar que ela é a solução para a vida. Mas ela não é a solução para a vida, coisa nenhuma. No máximo a gente dá parte da solução para as doenças, né, parte... Porque também tem um monte de coisa que a gente não resolve. [...] E as pessoas aprenderam uma mística que é a seguinte: existe uma solução mágica em algum lugar. O problema é que eu não encontrei isso em lugar nenhum. Então ele fica identificando em algumas pessoas a possível solução mágica. Então o médico agora vai resolver o meu problema, eu sai do médico, o fulano agora vai resolver o meu problema, o padre vai resolver o problema. Não, não é isso que tem que fazer, não. Tem alguns problemas que realmente a gente não tem a solução, não é uma questão de solução, é uma questão de conviver bem com aquele problema, para ele não ficar tão grande quanto ele parece [...] grande parte da área da saúde trabalha desse jeito, achando que vai acontecer alguma coisa que vai acabar com o diabetes, vai acabar com a hipertensão, vai acabar com o cansaço, vai acabar com a dor, vai acabar com tudo quanto é coisa, e não vai acontecer isso. Então eu acho que o caminho que a gente tem que trabalhar aqui não é esse. [...] mudando essa maneira de ver as coisas eu acho que a gente consegue alguma coisa, mas senão... Nós vamos passar a vida inteira só vendendo... A gente vira mais vendedor de medicamento do que eles, e nós somos os grandes vendedores da indústria farmacêutica [...] Então, aí, o Sistema de Saúde é assim. E outra coisa que consome de mais é recurso diagnóstico, [...] consome medicamento, a gente consome procedimentos terapêuticos, que não resolvem, claro, tem alguns que são necessários, obvio, mas outros são demais. E o doente percebe. Tem paciente que chega pra mim e diz, doutor, depois que eu fiz aquele eletrocardiograma eu fiquei me sentindo bem. Ah...

Mário reflete sobre suas percepções acerca da saúde e aponta um uso massificado da tecnologia. Faz um paralelo entre a forma como seus avós lidavam com o adoecimento e como ele percebe tal acontecimento atualmente. Percebe a medicalização da vida, a ausência

de um suporte social e a transferência da responsabilidade pessoal para as instituições, aponta ainda a busca por um ideal de perfeição na sociedade moderna. Considera a necessidade de trabalhar conceitualmente tais questões com os profissionais de saúde, e ainda, de discutir com a equipe as limitações e possibilidades reais do trabalho.

[...] os meus avós, bom, eles sentiam dor, mas não reclamavam todas as vezes que sentiam dor. Eles ficavam resfriados, tomavam um chá, tomavam líquido e bem... Nem no médico iam, porque era uma vergonha, ir ao médico porque tá resfriado. O próprio parto, nós medicalizamos o parto, para você ver as pessoas, quer dizer, a atividade de nascer e tal... (ri) a mãe da menina ajudava muito no cuidado do parto, não só do parto, mas do pré-natal e depois no desenvolvimento da criança. Isso também tá se perdendo, eu vejo com as meninas que vem aqui, sem aquela ajuda cultural do que seria a avó da criança, então, o que está acontecendo? A gente está transferindo tudo que é coisa que era uma responsabilidade pessoal das famílias para o sistema de saúde. [...] A sociedade moderna nossa, ela mistifica muitas coisas. Por exemplo, você tem uma pílula da felicidade, então se você tomar fluoxetina, se você usar a roupa da fulana de tal, você vai ficar bonita, certo. Se você tiver o carro tal, você é um cara rico, então existe uma associação de um produto a ser consumido com uma imagem que seria a pessoa que usa esse produto [...] tem que ser rediscutido essa maneira, porque não vamos dar conta, o pior é que a medicina ao invés de discutir isso, ela reforça isso. Pode deixar comigo, eu resolvo, entendeu? Aí vem a cirurgia plástica [...] não é assim, às vezes até um detalhe ... Que deixa ela, uma pessoa mais expressiva. Quando você tira aquele detalhe, a pessoa perde a expressão [...] na minha opinião, responsabilidade do médico [...] então a gente tem que trabalhar essas coisas, porque se não a gente acaba contribuindo para que os problemas, eles sejam maiores do que são na realidade... [...] trabalhar conceitualmente mesmo, discussões em grupo, orientações da agente comunitária, a própria equipe acreditar nisso, entender, quer dizer, que a gente tem um “n” de limitações e que a gente tem que trabalhar com aquilo que é realmente importante.

Identifica tal massificação tecnológica nos diversos contextos do seu cotidiano, com ênfase para a perda dos valores e da cultura e a massificação social, além da valorização de um sistema assistencialista que deixa de promover a responsabilidade pessoal pelos processos da vida.

[...] eu fui numa tribo de xavantes agora, é a terceira vez que eu vou lá pra fazer uma pesquisa, lá no Mato Grosso, você chega lá no meio do mato, tranquilo, tá lá o cara, tênis da Nike, camisa do São Paulo tomando coca cola, tomando cerveja, gordo, com diabetes, você não acredita, entendeu, lá no meio do mato, é... Você fala, você vê como é a influência da mídia, assistindo televisão, com ipod pendurado na camisa... São indígenas de uma reserva no meio da natureza. É... Você não acredita na influência que tem... e assim, os hábitos tradicionais deles cada vez mais... Ainda mantém muitas coisas culturais e tal, mas já começam a deixar [...] o alcoolismo chegando nas tribos, coisas que eles não tinham [...] Ninguém pode ficar triste mais, se

eu tiver triste chega a sociedade e tome... to triste... e aí, mas porque você tá triste? Sei lá, eu to triste, to cansado, sei lá, to de saco cheio, qual é o problema? Você não pode fazer isso, se você ficar triste alguém encosta em você e... E a psicologia, é engraçado, o coitado do psicólogo é o seguinte... O cara teve uma dificuldade, vai pro psicólogo, pronto, tem que ir para o psicólogo, porque sem o psicólogo ninguém vive mais. Eu acho isso muito interessante, então assim, ninguém consegue enfrentar os problemas mais, então tem que ter um tutor psicólogo para ajudar o sujeito a enfrentar os problemas que são absolutamente cotidianos, isso é terrível, quer dizer, aí o cara não pode nem mais fazer a ginástica sozinho, tem que ter o fisioterapeuta, não pode não sei o que... o que estamos fazendo, quer dizer, não é possível, eu acho isso uma distorção...

Mário, ao refletir sobre as características da sociedade atual, reitera sua percepção social de perda de valores, de individualismo, da falta de reconhecimento do outro, do culto ao prazer, apontando a necessidade de olhar criticamente para tais acontecimentos sociais.

[...] as famílias não conversam mais entre si, os pais não orientam mais de fato os filhos, eles terceirizam a orientação, seja para o professor, seja para o psicólogo, não sei o que, certo. Não há... Antigamente, eu sou assim de uma família muito religiosa, meu pai... A gente ia almoçar, jantar, a gente conversava muito, é como se passasse uma tradição para a gente, uma tradição oral, né, eu tento fazer isso com os meus filhos, passar uma tradição oral do que que é valor, do que que é ... Não é valor, o que é positivo e o que não é positivo e... Eu acho que falta isso, e as pessoas ficam perdidas. Não é questão só da família, e do grupo de convivência, né. [...] cada vez a gente fica mais individualista, chega pro outro tem um acidente na frente, a gente nem pára pra ver o que aconteceu, e aí, as pessoas não conversam, os pais não tem tempo, ou não tem tempo ou não tem paciência de conversar com os filhos mais, então, por exemplo, você... Os filhos crescem e não tem paciência e nem respeito de conversar com os pais... Mas não é só com os pais, é com o meio, familiares, então cada um faz o que quer e esse culto do prazer da nisso. Eu... Pode ser que essa seja a resposta, mas eu não sei se aqui... Eu acho que... a... o... A globalização tem um lado extremamente positivo, mas tem também esse lado que você perdeu um pouco o controle das coisas. [...] Então, não se trata de a gente negar o avanço tecnológico e não permitir que a pessoa tenha isso, mas trata-se de a gente olhar criticamente isso, né. Eu não sou contra a ressonância magnética, eu sou contra o uso da ressonância magnética para qualquer dor de cabeça que o sujeito tenha.

Mário acrescenta, ainda, sua percepção sobre a evolução humana ao longo das décadas, referindo uma evolução tecnológica que minimiza a necessidade do esforço físico. Sugere que, com tal evolução, deveríamos usar o tempo para pensar criticamente, participar de reuniões comunitárias, eventos culturais, mas que na prática as pessoas perdem muito tempo com prazeres imediatos.

[...] atualmente a gente gasta menos tempo da humanidade com serviços braçais, porque cada vez mais a tecnologia afasta a gente dos serviços braçais, então a gente deveria tá usando o nosso tempo para pensar mais criticamente as coisas [...] esse tempo que sobra a gente podia tá usando, por exemplo, pra conversar, pra ler, pra ir assistir uma coisa cultural, etc, mas nós não estamos fazendo isso, a gente fica embasbacado lá... Consumindo o tempo de vida com bobagem, com coisa que não leva a lugar nenhum e sendo influenciado por isso. [...] Por exemplo, ao invés de você ficar somente assistindo televisão, somente tomando cerveja, se dedicar a essas coisas, você poderia, por exemplo, ter reuniões comunitárias que você iria, ter eventos culturais, ter mais acesso a arte, por exemplo, que é uma coisa que... Você não precisa saber. O problema é o seguinte, todo mundo... Não pode ser um artista qualquer, você fazer um quadro feio, ele tem que ser um Van Gogh, se ele não for um Van Gogh, ele não faz nada. Sabe, então ele poderia ocupar seu tempo para se desenvolver em artes, pinturas, ler mais literatura, assistir mais cinemas, assistir mais concertos. [...] a gente perde... Com... Muito tempo com prazer imediato.

Mário dá continuidade as suas reflexões e acrescenta que ultrapassar a questão dos prazeres imediatos possibilita a apreensão de outra dimensão, uma mudança no modo de entender a vida, a possibilidade de cultivar valores positivos e desenvolver uma visão positiva da vida.

[...] dá uma outra dimensão pra... pra...pra... A maneira de entender a vida, entendeu, simplesmente isso, quer dizer, você começa a cultivar outros valores, valores positivos, entendeu, eu acho que a gente cultiva valores muito negativos, então ... E aí a vida fica uma porcaria mesmo, porque você só pensa nos problemas, né... Se você tivesse uma visão mais positiva da vida, o problema continuaria meio parecido, mas ele seria colocado no seu devido lugar, nessa... Essa é que é a minha ideia.

No que se refere a uma visão positiva da vida e na capacidade de deixar os problemas nos devidos lugares, Mário lembra-se do filme “Uma mente brilhante” como um exemplo de como lidar com as questões da saúde:

Porque ele tinha alucinações, ele via duas ou três pessoas que dava ordens para ele, etc. E aí no fim do filme ele continua com as alucinações, mas ele fala assim... Mas, eles estão lá, naquele cantinho ali e eu não deixo mais eles saírem dali, entendeu... Ou seja, ele entendeu o problema, sabe que aquilo é um problema, ele permanece, mas ele consegue conviver bem com aquele problema. Então ele transformou uma coisa extremamente caótica na vida dele em uma coisa suportável que ele pode conviver com aquilo. Eu acho que é a única solução que a gente tem para os nossos problemas de saúde, porque... A maneira que está... O máximo que você consegue é deixar ele no devido lugar, não deixar que eles tomem conta da parte positiva da vida, entendeu... É isso que eu penso...

Ao falar sobre o que é positivo na vida, Mário afirma que é o desenvolvimento das potencialidades do ser humano e que, para viver bem, é preciso viver dentro das suas possibilidades.

[...] todo o desenvolvimento das potencialidades do ser humano são valores positivos da vida, certo. Então, cada pessoa tem uma potencialidade, uma coisa que ela tem mais facilidade, que ela gosta mais, etc. E você viver bem significa você viver legal dentro daquelas possibilidades e dentro daquilo que você gosta também. [...] Grande parte dos doentes que tem problemas que a gente não consegue resolver são esses que vêm o lado negativo só, e aí não dá, ninguém consegue ajudá-los por que eles também não conseguem dar um apoio, e é isso aí... Acho que é isso aí!

Para finalizar, Mário retorna à pergunta inicial sobre saúde mental, referindo sua compreensão enquanto parte de um contexto.

[...] eu não sei se... Eu não falei muito de saúde mental... (ri)... Mas assim, é que na verdade eu entendo a saúde mental como parte de um contexto e não como uma coisa específica.

4.1.7 Aline: agente comunitária de saúde

Aline conta suas experiências como agente comunitária de saúde e refere casos que marcou muito, como a esquizofrenia em adolescentes, fala também sobre a desestruturação familiar que a equipe tenta ajudar e dar suporte.

[...] tem um que me marcou muito, foi de um jovem que era da minha micro área, menino dinâmico, cheio de vida, tinha vida religiosa, ele era músico, tocava música evangélica, era super atuante, trabalhava, e de repente, não mais que de repente, ele se envolveu com um surto, e fechou-se o diagnóstico de esquizofrenia, né, com dezoito anos, ele tinha dezessete na época. Então, eu assim, me chocou muito, tem um outro caso, que é de uma outra micro área também vamos dizer que um jovem, cheio de vida, que tem uma vida toda pra frente, de repente dá, né, parece que rompe com tudo, né, e... Eu fiquei muito chocada, tem coisas assim, que a gente... Não aceita, né, você se pergunta porque, né, porque daquilo, e hoje esse menino ele tá controlado, mas foi muito chocante, e ao mesmo tempo que aconteceu isso, que apareceu esse problema, esse distúrbio, no momento daquele maior, a família enfraquecida, houve a separação dos pais, né, a mãe ela já tem problemas, também, ela já vinha se tratando, ela tem, ela é depressiva, ela toma gardenal, ela tem... Como que chama, aqueles desmaios, epilepsia, não,

não é, agora eu esqueci, não vêm ao caso. A mãe foi lá no fim do poço, era a pessoa que... Ai meu Deus, hoje eu to meia... é... Suporte, era ela, né, então, eu orava, porque eu tenho, né a crença também, eu falava, gente, como pode suportar tudo isso e ela sendo o suporte desse adolescente, né, o problema dele, ele teve que ficar internado, ele teve que inclusive tomar choques, que é aquele tratamento que é o último a que se chega, né, e... O marido foi embora com outra, então foi assim, a outra filha, nessa época também casou, do nada resolveu casar, engravidou logo a seguir, então esse... Esses conflitos familiares intensos e como que... De repente, né, chega o núcleo, você vai dando suporte, você vai tentando ajudar e, hoje, assim, o menino tá mais calmo, continua, claro que esquizofrenia não tem cura, mas, tá mais... tá calmo, a família... Continua a vida, né, o pai separou judicialmente, então isso daí marca muito a gente, né.

Descreve outro caso que impactou a equipe toda. Relata a busca da mãe por ajuda seja em grupos religiosos ou junto à equipe de saúde, mas que passou despercebido por todos. Percebe a falha na comunicação entre a família e a equipe. Trata-se de um jovem que estava trancado no quarto há mais de oito meses.

[...] outro caso, que também é de uma outra área, de um outro jovem, a mãe sinalizava, faz sete, oito meses que meu filho está trancado no quarto, né, ia nos grupos religiosos pedir ajuda, “ai, vamos orar por meu filho, meu filho não sai do quarto”, veio aqui, ela fazia seguimento “ai, meu filho tá trancado”, mas é... A falha de comunicação, né... E passou despercebido pela equipe toda, né, aí, “o que vocês vão fazer, eu tenho medo...” ela falava, mas o que ficava pra gente que era próprio do jovem se retirar para o quarto e ficar horas ali. Mas, só que realmente, na hora que acordamos que foi quando um irmão dela que veio aqui e disse que “olha, não tem mais condições, vocês precisam de uma intervenção, nós temos que nos unir, enquanto família e enquanto equipe pra intervir, porque ele está há oito meses trancado”, mas, trancado? “trancado mesmo, né...” no sentido bem, ele se trancou, ele fechou a porta e ficou oito meses trancado dentro de um quarto, num cubículo. Se alimentava quando a irmã levava, né, por uma fresta, ele abria um pedacinho, depois ele se parafusava novamente lá dentro. Então isso foi assim, então você imagina um ser humano jovem, e foi esquizofrenia também, é... trancado num quarto, sem banho, sem lugar pra fazer as necessidades, imagina a situação que... aí houve a situação, veio...

Na sequência, refere à conduta da equipe, de buscar auxílio em outros meios para além da assistência à saúde, visando a melhor forma de tirar o jovem do quarto e iniciar o tratamento médico e os progressos alcançados, que proporcionaram o retorno do jovem ao convívio social.

[...] aí nós fizemos um cerco assim, bombeiro, equipe de saúde, coordenadores, polícia, sabe, e... Então o que nós pudemos somar, arrumando parceria lá fora para... Gente não sabia, porque ele podia se matar, ele podia estar armado, a gente não sabia como que, né, mas depois

conseguiram contê-lo, assim, conversa, conversa, aí ele foi... Abriu a porta, e dizem assim, eu não cheguei a ver, mas um mau cheiro que saiu de dentro, ele saiu aquele bicho humano, né, cabeludo, imundo, as unhas assim... Enfraquecido. E hoje o menino vem, ele frequenta, ele voltou a estudar, sabe, esse também foi um caso muito chocante, né, e... e isso faz parte da experiência de vida da gente, com certeza...

Fala sobre como foi viver essas experiências e o que ficou de importante para ela. Saber ouvir para além do conhecido, estar mais atenta ao que a família diz, usar mais a capacidade de observação, como por exemplo, perceber um odor, que permitem cuidar da família de forma ampliada.

Porque é muito aquilo, o ouvir, né, o que tá por traz da lógica, então você vai numa família, às vezes ela tá sinalizando uma coisa que você não consegue captar, então você tem que tá mais atento, né, às vezes até um cheiro que passa, um odor que passa, então você vai ficando, vai adquirindo mais experiência, né, de como trabalhar a família. [...] você... Como experiência, você vai levar, você vai aumentar o seu conhecimento e você vai poder estar ajudando também, né, a melhorar a dignidade da pessoa, né, de outras pessoas, indo nas casas...

Aline comenta sobre a continuidade do acompanhamento aos casos citados. Refere que o segundo caso não é mais acompanhado pela unidade de saúde. Segundo suas percepções, é preciso “ter tato” com essas pessoas para não afastá-las do contato com a equipe. Já o primeiro caso relatado continua sendo acompanhado por ela.

Não, atualmente não. Esse segundo exemplo que eu te dei, ele frequentou grupos aqui, mas... teve... Assim, alguma coisa com um grupo que era até dirigido por uma psicóloga, e... Então é o que eu falo, a gente tem que ter muito tato com essas pessoas, muito feeling, e pelo que nós percebemos, ele não se sentiu bem, né, acolhido sim, mas ele... Ai, como que eu posso te dizer, às vezes ele vinha com algumas colocações que não era de encontro com o grupo, então ele começou, ele por si, ele começou a recuar, mas daí nós ficamos sabendo que ele voltou a estudar, ele tava frequentando uma academia. Agora, esse primeiro exemplo ele tá assim, ele não tem vida social, ele continua trancado em casa, mas... Tá mais contido, né, às vezes, às vezes ele pega no violão, convida a mãe dele pra tocar um pouquinho, né, então ontem mesmo eu fui na casa da família, eles moram do ladinho ali, então, chama de vez em quando, “oh, fulano toca um pouco, vem tocar violão pra vó ouvir”. Então, é um estímulo, então assim, nas coisas pequenas pode também chamar pra reintegrar, né, na sociedade, na família que não tava assim anteriormente.

Na sequência, Aline vê um usuário entrando na Unidade e comenta sobre ele, relata um que se trata de um acompanhamento que vem sendo realizado por ela no decorrer de seis anos, e que ela identificou a necessidade de tratamento durante as visitas.

[...] esse senhor que eu cumprimentei agora [...] ele tem distúrbio, e... Era um senhor, por exemplo, que... Só tomava leite, então, não havia um fortalecimento dos vínculos, ele tem uma vida também, ele faz tratamento, ele já esteve internado, e... Ele fazia tratamento na saúde mental, atualmente como ele tá bem tranquilo, então, ele tá fazendo seguimento só pela unidade. E... Então, ele é um outro tipo de história, ele é sozinho, ele é solteiro, ele tem o suporte de um sobrinho que paga o aluguel, ele vive com dois salários mínimos, que ele é aposentado por invalidez e na visita, assim, a alimentação, essas abordagens assim, que você faz nas visitas, ele falava que ele tomava leite. “mas por quê?” ah, eu acostumei, porque eu sou sozinho, depois eu gasto muito, eu não dou conta de me manter, é o que tá mais barato... “mas, além do leite, que mais, quanto você toma?” “ah, uns cinco litros por dia”. Ai você já assusta, né, “que mais, o senhor não come pão? Não, não como pão, não tenho dinheiro...” Aí café... “café eu tomo, na base de dois litros e meio a três litros de café por dia, e muito cigarro”. Era de três a quatro carteiras de cigarro por dia. “E que hora que você dorme? Às vezes eu durmo de dia, e a noite eu não durmo”. Então é café, cigarro e leite, café, cigarro e leite, aí eu trouxe aqui pra discutir, então foi um desafio, né, e aí?

Após identificar a situação durante as visitas e a construção do vínculo, Aline começa a questioná-lo sobre seus problemas e a direcioná-lo a tratamentos com os profissionais da Unidade, auxiliando-o na reorganização da vida, de maneira integral.

Através dos vínculos eu descobri que... Aí começou... “aí, porque eu uso dentadura e me dói a gengiva quando eu mastigo...” aí começa “uma vez por mês eu vou na minha irmã que eu almoço lá com ela”, quer dizer que ele não é totalmente sozinho... Aí, entra a irmã, né, e nesses anos todos, aí vem, vai fazer avaliação bucal, né, realmente ele tinha muita ferida, a dentadura dele já não segurava e... Ele tinha medo, o dentista vai, aí arrumaram pra ele, um serviço de prótese [...] vamos melhorar a alimentação, aí vai o pessoal, porque agora chegaram as nutricionistas aqui pro núcleo, fez um trabalho, um orçamento com ele familiar, um controle, então, isso é fazer saúde, isso é melhoria de qualidade de vida. E com isso ele tá mais calmo, porque ele recebe mais visitas, então, esse vínculo ficou muito legal, que ele tem. [...] hoje ele tá comendo marmitta, marmitex, então você vê, quem só tomava leite, depois de você mudar totalmente uma consciência, né, um jeito de pensar da vida, e hoje ele tá realmente integrado, ele sabe o que é certo e o que é errado, ele tem uma vida mais balanceada. [...] mas isso foi ao longo de seis anos. Aí comprou o gás, aí ele não tinha panela pra fazer comida, não tinha talheres, concha... Não tinha panela de pressão... aí ele veio “esse mês eu vou comprar, eu vou...” então, sabe, ele ia e fazia direitinho o que ele podia, pra isso, pra isso e hoje ele tá conseguindo trabalhar. Hoje ele tem até uma faxineira a cada quinze dias, olha que gracinha, com dois salários que ele ganha.

Sobre o que promoveu tais mudanças na vida dessa pessoa, Aline acrescenta que foi o trabalho conjunto e a compreensão de qual é o seu papel enquanto agente comunitária de

saúde. Afirma que durante o seu trabalho, procurou incentivar o vínculo dele com a irmã, a qual se tornou a cuidadora e estimulou o contato com outras pessoas e o acompanhamento pelos profissionais da unidade de saúde. Aponta, ainda, que os sintomas foram controlados com a medicação e está em seguimento clínico de outras problemáticas de saúde. Aline questiona se isso não seria melhorar a qualidade de vida, ou promover uma pessoa humana.

Então, é o trabalhar junto, igual eu falo, o agente comunitário, eu no meu papel, o agente comunitário, o que é? É o elo de ligação, então realmente eu tá trazendo e a equipe investir nessa pessoa, né, e ver resultado. Embora ele tá sem a prótese dentária, mas com certeza ele mesmo vai por si conseguir adquirir uma prótese, né, é... Fortalecer o vínculo dele com a irmã, a irmã está como cuidadora dele atualmente, por conta desse tabagismo, desse enfisema pulmonar, ele tá fazendo uma série de exames, mas a saúde na parte mental dele você vê que teve assim, estabilizou, então ele faz, ele usa o haldol, mensal, ele toma algumas outras medicações, o diazepam, tal, e... só isso também, né, que antes ele vivia trancado em casa, então ele sai, ele anda, o fato de ele ir até onde quer e voltar, ele faz caminhada, o convívio com outras pessoas, isso daí não é melhorar a qualidade de vida? Promover uma pessoa humana? É isso aí...

Aline refere também a necessidade de cuidar de si mesma em virtude das características do seu trabalho, relata que para trabalhar com pessoas eles também, enquanto profissionais, precisam de suporte. Fez psicoterapia, mas acredita que a mudança maior deve vir de si mesmo, da disponibilidade e do desejo de mudar.

Neste começo de ano eu participei, eu fiz psicoterapia, uma vez por semana, porque a gente também não é de ferro (risos) e abala, isso daqui mexe muito com o emocional da gente, esse trabalho, trabalhar com pessoas, de repente a sua pessoa precisa ser trabalhada também, né, e... Mas eu sinceramente, pra mim, não sei se foi uma fase... Mas a psicoterapia, pra eu falar que ela me ajudou? Não sei, acho que quem me ajudou foi eu mesma. Foi eu querer mudar, eu querer. Não basta você frequentar um grupo, se você não se propõe a mudar, ah... é muita força de vontade mesmo, você ser determinada, uma pessoa determinada, não, é isso...

Para finalizar, Aline acrescenta que promover saúde significa ver a melhora da pessoa e diz que é importante também cuidar das relações familiares. Considera que a ESF está em crescimento, que apesar dos impedimentos, considera importante acreditar. Por fim, percebe que as vivências consideradas boas e ruins enquanto equipe, torna-os também uma família.

[...] mas é... São casos assim que você vê, que você vai, investe e você vê a melhora na pessoa, isso é promover saúde, né, e a prevenção tá também junto porque os outros familiares, né, porque aquela rede de relações familiares, não familiares, então eu acho que é por aí mesmo e... O núcleo tá

aí, a saúde da família está acontecendo, embora a passos meio lento, em construção, é um eterno construir, né, e nós estamos aí [...] isso aí vai acontecendo no dia-a-dia, você vai construindo, de repente despenca, né, esse segundo semestre pra cá teve algumas mudanças, assim, que... Acho que a equipe deu uma enfraquecida, mas eu ainda continuo acreditando na estratégia, sabe, eu ainda acredito e continuo acreditando no governo também... (risos) apesar de tudo, eu ainda acredito... Mas, tem muita jogada política [...] nós estamos assim, nessa expectativa, a equipe sofre muito com isso... E a gente ri, a gente brinca, a gente sofre, essa equipe se torna também uma família, tá bom?

4.1.8 Valéria: enfermeira

Valéria inicia seus relatos referindo sobre como percebe seu trabalho no que se refere à atenção à saúde mental. Neste sentido, afirma que, no geral, qualquer atendimento procura abranger o conhecimento dos diversos aspectos da vida da pessoa, na tentativa de entender a mesma e o contexto em que vive. Aponta, assim, que todo o trabalho desenvolvido aborda a questão da saúde mental.

[...] na saúde da família, a gente acaba não dividindo as coisas, então, a gente quando atende uma pessoa, acaba abordando ela de vários, sob vários aspectos, né, então, é... Se a gente vai atender seja a família, seja o indivíduo, a gente acaba.. é... Vendo as questões que ele traz né, por exemplo, vai começar um pré natal, a atenção é de pré natal, mas, o pré-natal não é só ver questões técnicas de pré-natal, porque ali tem uma gestante que tem, né... Uma família, que pode ter problema em casa, que pode ter algum problema relacionado à saúde mental ou não, mas que a gente tem que tentar entender um pouco como que é essa gravidez pra ela, como que ela lida com esse momento de mudança na vida dela, né, essa nova fase, as dificuldades... Então a gente acaba abordando a saúde mental, mesmo que não tenha nenhum problema de saúde mental, né, de doença mental, aí envolvido [...] eu não consigo ver saúde mental separada do todo que agente faz.

Valéria, ao dar continuidade à questão da saúde mental, relata sobre o trabalho relacionado à promoção de saúde, com foco na saúde, por meio de atividades, festas e encontros. Considera que as atividades coletivas também auxiliam na promoção da saúde mental.

[...] mas acho que pensando na saúde mental, eu acho que é isso, a gente tenta trabalhar questões mais relativas à promoção, né, olhando realmente pro foco da saúde, mas trazer questões pras pessoas pensarem, é... A gente faz várias atividades que eu acho também que acaba trabalhando com a saúde mental. Quando a gente tem atividade física, tem as festas, tem

atividade onde as pessoas saem de casa, encontram, fazem amizade, acho que tudo isso é... Na saúde da família, isso a gente valoriza muito e eu vejo que os usuários também, né, eles relatam bastante mudança assim, depois que saíram de casa, começaram a frequentar, atividades, eles fazem passeios, vão no clube, fazem festas, fazem café da manhã, depois de... pra aprimorar as festas, há o aniversariante do mês, acho que tudo isso, também, são atividades coletivas que também estão promovendo a saúde mental, né. [...] acho que essas atividades que são... é... São mais ligadas à... por exemplo, a atividade física, né, é uma atividade, não digo lúdica, né, mas assim, são atividades em que a pessoa vem, faz a atividade, conversa com outras pessoas, faz amizades... Festa junina, por exemplo, a gente passa um bom tempo, antes da festa. Eu digo que a festa não é nem a festa em si, no horário, porque passa um tempo antes reunindo, fazendo, né... eu não participo, mas tem um grupo deles mesmo, que eles se organizam, os usuários e confeccionam bandeirinhas, e aí é um momento em que eles tiram pra eles, eles saem de casa, largam os afazeres de casa, e que vem pra realmente conversar, bater papo, aprender coisas novas, né, eu acho que nesse sentido.

Segundo suas percepções, promover a saúde mental é propiciar espaços e momentos para cada um pensar em si mesmo, ter tempo de refletir sobre si e de poder cuidar de si.

[...] mas eu acho que isso é promoção de saúde mental, na hora em que a pessoa consegue pensar nela, pensar num tempo pra ela, pra vir aqui, cuidando dela mesmo, e a gente não trata de assuntos de saúde, diretamente. Tanto que na atividade física mesmo teve época que a gente queria fazer palestra, queria fazer grupo, mas eles não querem falar de doença, não adianta a gente chegar aqui e falar “vamos conversar sobre febre amarela”. Não, acabou a atividade física eles querem ir embora, acho que se fosse pra falar de outra coisa ou organizar outra coisa que não fosse falar de doença, eles até ficariam, mas é um momento que eu acho que eles não estão afim de falar de doença, eles querem pensar em outras coisas nesse momento. Acho que é isso.

Valéria comenta que, após o início do trabalho na Saúde da Família, percebeu-se mais atenta às questões de saúde e de saúde mental, às situações de vida, aos problemas familiares. Considera que teve uma mudança de percepção acerca da importância das relações, das discussões e também da valorização de constituição de projetos de vida para si mesma.

[...] acho que principalmente eu, eu acho que eu prestei mais atenção nas coisas de saúde mental, acho que quando a gente começa a trabalhar, né, na área da saúde, que a gente começa a perceber mais, o tanto que as pessoas, as situações de vida, os estresses do dia-a-dia, os problemas familiares e tudo mais, influi na saúde e na saúde mental das pessoas, acho que a gente passa a olhar mais para isso depois que a gente começa a trabalhar. [...] Eu acho que muda mais é mesmo a percepção de olhar para aquilo, pensando de uma forma diferente, daquilo que talvez a gente não valorizasse tanto, de... de pensar a importância dos relacionamentos, da forma de valorizar mesmo discussões, de... Que a gente não... Talvez não pensasse muito assim... Pra

tomar uma decisão, que a gente não discutisse, não conversasse tanto entre as pessoas, não valorizasse tanto a opinião das outras pessoas. Eu acho que isso daqui no núcleo, eu acho que a gente... Até pelo fato de a gente trabalhar sempre tudo em equipe, então eu tenho manias de fazer alguma coisa e consultar e... e... Perguntar... e entrar assim... Você quer isso, a outra pessoa quer aqui, e como faz o meio termo, como que agente faz, né. E pensar em projetos de vida, pensar em poder... Pensar mesmo essas coisas, eu acho que a vivência do trabalho, a vivência de poder olhar pra famílias com tantos problemas faz a gente refletir um tanto mais nisso, de pensar quais são os meus projetos de vida, pensar em planejar, em ... em... me fugiu agora a palavra, mas essa coisa de a gente é... Não é entrar em acordo... mas... poder discutir os assuntos ponderando mais uma coisa, ponderando outra, sabendo mais de um lado, pra não ficar uma coisa, ou só aquilo, né, é só aquilo que eu quero, mas como que a gente pode fazer alguma coisa juntos, acho que...

A experiência de trabalho em equipe propiciou para Valéria pensar na sua saúde mental, em como lidar com as situações de estresse de maneira a não adoecer e na elaboração dos próprios problemas.

[...] Essa vivência em equipe traz muito isso pra gente, no dia-a-dia, e eu acho que da saúde mental, pensar também o tanto que a gente pode é... Viver situações de estresse e lidar de com o estresse de forma que a gente não adoça, né, porque isso a gente vê nos pacientes, que as vezes não conseguem elaborar os problemas, elaborar situações, coisas que a gente vê e diz... Gente, esse problema é tão pequeno, como que desestrutura tanto, né, algumas pessoas, né. E eu acho que a gente vê tantos problemas grandes aqui, que a gente, na hora que olha para o nosso, a gente tira de letra, a gente diz, poxa, esse problema, e olha como aquela pessoa passa. Como que a gente não vai dar conta, né, então eu acho que a gente acaba elaborando melhor os nossos problemas depois que a gente vive, né, vê, e ajuda e faz as pessoas refletirem sobre os problemas delas, né, e a gente acaba se colocando no lugar daquela pessoa, mas não dizendo pro paciente o que ele deve fazer, né, quer dizer, a gente acaba vendo situações que na hora que a gente vê, fala, nossa, eu tenho um problema, mas não chega nem, né... Nem perto de alguns problemas graves que as pessoas têm. Então eu acho que ajuda muito nesse sentido, de a gente... Muitos profissionais de saúde também adoecem de lidar com os problemas dos outros, né, e eu acho que trabalhar na área da saúde, todo mundo tem o risco de adoecer, né...

No que diz respeito ao modo de enfrentar os problemas do cotidiano, Valéria afirma que utiliza as técnicas de resolução de problemas ensinadas pelo supervisor de psiquiatria, as quais a auxiliam a se organizar na sua vida pessoal.

[...] é... que existem técnicas para lidar com o problema, a gente acaba usando isso na nossa vida, né, então, na saúde mental tem na consultoria, o Dr. (supervisor de psiquiatria) orienta uma técnica de resolução de problemas, né, pra gente abordar com os pacientes, quando eles vêm com

muitos problemas, pra gente organizar e usa aquela técnica com ele. E aí um dia, conversando com uma colega de trabalho, eu disse assim “nossa, é... eu uso essa técnica no meu dia-a-dia, quando eu vejo que eu tenho milhões de coisas para resolver, milhões de problemas pra resolver, e eu não sei por onde começar, eu mentalmente me lembro da técnica e eu me organizo pensando na técnica”. Então, eu acho que são coisas que a gente acaba usando, na nossa vida pessoal, coisas que a gente acaba aprendendo ao abordar problemas.

Refere, também, sobre a percepção de transformações e mudanças em si mesma, de reposicionamentos frente ao trabalho e as aprendizagens ao longo do tempo. Relata sobre seu cotidiano de trabalho que, no início, gerava muita tensão e que atualmente consegue lidar de modo mais tranquilo.

Eu acho que o tempo inteiro a gente está refletindo e mudando, mudando posição, mudando opinião, mudando formas de lidar, coisas que estressavam antes, de repente a gente é... Passa a olhar diferente para aquele fator de estresse, lidar diferente com ele. Eu não acho que é um dia que muda, “hoje eu acordei e mudou”, eu acho que a gente vai passando por mudanças, né, eu me vejo aqui em 2001, quando eu comecei, que tudo era novo, que tinham coisas que me deixavam extremamente ansiosa, em atendimento, que hoje já não mais. Tinha dias de eu sair daqui da reunião de equipe, assim, que eu não conseguia mexer o pescoço, que eu mexia assim, o pescoço duro, que dava pra perceber que a reunião tinha sido tensa, e que eu tinha absorvido toda aquela tensão da reunião, né, e com o tempo, algumas tensões que sempre aconteceram, hoje não me estressa tanto mais, né. No começo a gente achava que tudo era com a gente, aconteceu determinada coisa, a gente levava pra reunião e quebra o pau, discute, briga, e faz, acontece... E a gente saía tenso, como se a culpa fosse nossa, de ter acontecido determinada coisa. E depois a gente começa a ver que não é, né, e que aquela discussão, por mais que às vezes os ânimos estejam né, alterados, que a gente brigue, não é algo que é pessoal e é uma coisa que é bom que a gente possa falar, discutir, brigar, arrumar, e consertar e mudar.

Dentre as situações que a deixavam tensa, refere à reunião de equipe, em que os participantes falavam de experiências negativas e avaliações sobre as atitudes diante das problemáticas encontradas no trabalho. Refere que ao longo do tempo e do contato com as pessoas, ela percebeu uma mudança em si mesma, de modo que tais discussões não a prejudicam como anteriormente, mas aponta que o estresse sempre faz parte da vida, não sendo possível eliminá-lo.

Mas, o que me estressava muito, aquelas reuniões pesadas, que a gente discutia, e que um falava pro outro que não gostava de tal coisa, ou que aquilo não tinha dado certo, e que... é que aquilo que a gente resolveu na

recepção não deu nada certo, o paciente chegou e você falou uma coisa... e aquele clima me deixava extremamente tensa e hoje, acho que as reuniões não mudaram muito, mas eu não saio mais pesada da reunião. Mas isso não foi uma coisa que aconteceu assim, olha mês passado eu era assim, mudei, esse mês eu não sou. Eu acho que isso é um processo a longo tempo aí, mesmo com a postura de como lidar com tantas pessoas que passam por aqui [...] vai aprendendo a lidar com coisas que estressavam muito e que para mim hoje não são tão estressantes, mas é isso, vem novos estresses, na nossa vida, então a gente nunca vai acabar com o estresse... (ri)...

No que se refere às experiências marcantes no trabalho com as famílias, Valéria relata um caso que acompanhou de uma família que procura o serviço para pedir ajuda para um adolescente que estava a mais de oito meses trancado no quarto.

[...] Mas uma visita que a gente fez... [...] era uma 6ª feira à tarde, a gente visitou um paciente, que ligaram pra gente e falaram, é um adolescente que tá no quarto, que tá trancado no quarto. É normal adolescente trancado no quarto, é normal adolescente ficar trancado no quarto. Eis que eu chego na casa e o adolescente está há oito meses trancado no quarto, mas que ninguém via a cara dele, estava literalmente trancado, eles passavam a comida por debaixo da porta e ninguém via ela. E aí, na hora que eu chego na casa, a mãe ainda vira e fala pra mim “olha, se ele souber que eu chamei alguém aqui, ele vai se matar”. “e tem alguma coisa que corta no quarto?” “tem, tem vidro quebrado, tem faca”. Aí eu falei, (em voz baixa) “então vamos falar baixo”, e fui levando ela pra fora, assim. E aí liguei aqui na unidade, meu celular apagou, tive que ir na casa da vizinha porque eu não podia ligar da casa dela, né, e ... aí passou, isso a gente não faz só com ela, faz com todo mundo que tem alguma situação assim, de ideiação, coisa assim, de combinar muito, fazer contrato de vida, combinar muito, eu tive que combinar muito com a mãe, algumas coisas pra passar o fim de semana orientando, né, se acontece alguma coisa o que ela tinha que fazer. E na 2ª feira a gente teve que armar um mega esquema, de bombeiro a polícia, teve que quase fechar o quarteirão pra conseguir tirar ele de dentro do quarto e foi uma situação que no final de semana a gente ficou assim, com o coração pequenininho em casa, [...] nossa, naquele fim de semana, assim, a gente não conseguia se desligar daqui, era dia e noite, pensando o que estava acontecendo, o que podia acontecer, 2ª feira quando chegar aqui era a primeira coisa, chegar e ligar na casa “e aí?” e aí eu sai daqui, vim pro núcleo, e aí ela pediu pra ligar pra ela, mesmo porque a gente ligou e o telefone ficava do lado do quarto. “tá tudo bem?” “ah, tá, tá um silêncio dentro do quarto”, “como assim, um silêncio?” (ri) e ela “não, ele só não está falando com a gente, mas tá um silêncio”. “ah, tá, mas ele tá mexendo, você está ouvindo barulho...”. Então era um estresse total, esse caso marcou muito a gente aqui, e se essa médica tivesse contado, acho que ela teria contado também esse caso. [...] ele ficou trancado esse tempo todo. Quando tirou do quarto ele tinha unha desse tamanho, cabelo grande, ele não conseguia ver a luz do sol, foi horrível quando ele saiu. Tinha garrafas e garrafas pet com urina dentro do quarto, né, então foi uma situação gravíssima. Mas, hoje ele tá melhor, toma muito as medicações aí, agora ele foi para o núcleo 2, não está mais aqui. Mas, no ano passado tinha grupo que ele vinha. Grupo de reeducação, grupo de

estilos de vida, ele já tava mais sociável. Acho que a situação que mais me marcou foi essa.

Para encerrar, relata que na sua percepção, a saúde mental é parte integrante de um todo, não apenas da especialidade.

Acho que basicamente é isso, essa coisa da... Da divisão da saúde, não consigo ver separado, vamos olhar para uma parte da saúde mental. A gente olha para um todo, que é muito mais, do que só a especialidade, e a gente tenta olhar integrando as coisas, como um todo, acho que é isso.

4.2 Indivíduo e Comunidade

Ao partirmos do embasamento fenomenológico, nossa proposta foi dar visibilidade para as estruturas constitutivas da *Pessoa* desveladas por Stein e agora vamos confrontá-las com os relatos dos entrevistados. Para isso, entre as diversas facetas que se mostraram neste trabalho, escolhemos as associações humanas, em específico, a Comunidade, como um elemento central que pode nos auxiliar a compreender a saúde mental na Estratégia Saúde da Família, por esta temática se mostrar presente nos diferentes diálogos, como nas propostas do SUS (BRASIL, 1990), que informam a necessidade de compreender a saúde como um direito público, entendida a partir de uma esfera social e de determinantes que apontam para a importância do lazer, da educação, do saneamento básico, da participação popular e do controle público dos serviços e as redes sociais e os espaços de cidadania, a legitimação de valores regionais, a atenção às famílias, bem como a formação de vínculos também surgiram como pilares fundamentais na constituição do Sistema de Saúde brasileiro, em especial, da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, para além de uma concepção individualista e biomédica, as associações humanas, compreendidas a partir de um olhar fenomenológico parecem nos auxiliar a realizar um aprofundamento das propostas para a área da saúde, como sociedade, espaço público, convívio entre grupos e familiares, redes sociais, constituição de valores e estabelecimento de vínculos entre pessoas.

As políticas de saúde mental no Brasil e no mundo citam a necessidade de ações comunitárias, como por exemplo, a Lei 10.216 de 2001 que redireciona a atenção à saúde

mental para uma rede de base comunitária, além de enfatizar a importância de reflexões que abarquem uma dimensão humana do sofrimento psíquico, com o estabelecimento de um direito comum a todos, sem distinção das especificidades provenientes de cada singularidade. Neste contexto, as noções de singularidade e alteridade propostas pela fenomenologia de Stein surgem como campos férteis para discutirmos, de fato, uma visão em prol da riqueza de cada ser humano, capaz de se relacionar empaticamente com o outro, a partir da comunidade humana.

Vemos a importância *das associações humanas* emergirem nas narrativas dos entrevistados e também nos pressupostos de Saúde Pública, nas concepções e nos estudos existentes, o que nos convida a um aprofundamento neste aspecto. Partimos, portanto, das concepções de Stein acerca da *vivência comunitária* como uma das principais potencialidades da estrutura humana. Vamos delinear algumas possibilidades e necessidades da Saúde da Família, bem como caminhos para uma atenção integral às famílias vinculadas no que se refere ao tema da saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

4.2.1 A vivência comunitária como potencialidade presente na ESF

A perspectiva filosófica e, em especial a fenomenológica escolhida para este estudo, busca compreender o mundo e como este se revela à consciência. Por esse caminho chegamos às estruturas essenciais do ser humano e suas diversas formas de associações conforme nos desvelou Stein. Quando falamos de ações comunitárias na ESF, nas políticas atuais de Saúde Mental ou nos pressupostos do SUS devemos voltar um passo e nos perguntarmos: o que compreendemos por Comunidade? Como se dão as associações humanas e a constituição comunitária e como esta se expressa no nosso contexto da saúde mental na Saúde da Família?

Escolhemos como ponto de partida em nossas confrontações a percepção relatada por Marília sobre viver em comunidade:

Respeito... Eu respeitar os meus limites, os limites da minha liberdade e ver até onde vai o meu e até onde começa o seu. [...] mesmo família é uma comunidade, é uma mini comunidade, mas é uma comunidade. Então, você tem que respeitar a... Como se diz... Você tem que respeitar o que o outro... A liberdade do outro... e mesmo em família, em família também é uma pequena comunidade, a família, depois os vizinho, depois a... Escola, todo e qualquer lugar onde tem mais de duas pessoas, é uma comunidade. [...] a

comunidade também exige que a gente obedeça regras pra todo mundo viver em harmonia, é o que eu entendo que eu acho que é um bem pra gente.

Marília nos mostra três aspectos importantes de sua experiência comunitária que queremos dar ênfase a fim de ampliarmos a discussão para a ESF: Respeito e compreensão dos limites entre a própria liberdade e a liberdade do outro; a experiência comunitária presente em todos os lugares onde existem mais de duas pessoas, como na família, na relação entre vizinhos ou na escola. Por fim, a necessidade de regras para que todos possam viver em harmonia, que na sua maneira de compreender, é um “*bem pra gente*” (sic). Suas falas revelam aspectos importantes que serão nossos guias iniciais para caminharmos neste percurso de análise.

Marília, através das suas experiências pessoais, percebe que o convívio comunitário tem como valor central o respeito aos limites da própria liberdade e da liberdade do outro: “*Respeito... eu respeitar os meus limites, os limites da minha liberdade e ver até onde vai o meu e até onde começa o seu*” (sic). Em diálogo com Stein (1999b), podemos afirmar que a comunidade acontece a partir do convívio entre *Pessoas*, que deve se pautar por uma responsabilidade recíproca. A comunidade, a partir dos seus membros, compõe um único sujeito comunitário, mas este sujeito não possui em si a liberdade e, dessa forma, não é nele que encontramos a responsabilidade. A responsabilidade última das ações realizadas em nome de uma comunidade pertence aos indivíduos que a compõem. Mesmo se acontecer de seus membros realizarem ações para a comunidade que talvez não as fizessem por motivos pessoais, a responsabilidade recai sobre eles, sem a menor possibilidade de direcioná-la a um único sujeito comunitário. Nesse sentido, cada indivíduo se torna responsável pelas ações realizadas em nome da comunidade. Mas, para que isso aconteça, é preciso salientar que a comunidade deve ser constituída por pessoas livres, ou no sentido fenomenológico, simplesmente Pessoa, já que a liberdade pertence necessariamente à compreensão de pessoa e é a partir desta definição, proposta por Stein, que podemos pensar sobre a importância do respeito e da liberdade entre os seus integrantes, como nos sugere Marília.

Para esclarecermos a definição fenomenológica de Pessoa, vamos utilizar os relatos de Aline referente às suas percepções acerca das ações da agente comunitária de saúde em qualidade de vida:

Através do vínculo eu descobri [...] então você vê, quem só tomava leite, depois de você mudar totalmente uma consciência, um jeito de pensar a vida, e hoje ele tá realmente integrado, ele sabe o que é certo e o que é errado, tem uma vida mais balanceada [...] mas isso foi ao longo de seis anos. Embora

ele tá sem a prótese dentária, mas com certeza ele mesmo vai por si conseguir adquirir uma prótese, né é... Fortalecer o vínculo dele com a irmã, a irmã está como cuidadora dele atualmente, por conta desse tabagismo, desse enfisema pulmonar, ele tá fazendo uma série de exames, mas a saúde na parte mental dele, você vê assim, estabilizou, então ele faz, ele usa o haldol mensal, ele toma algumas outras medicações, o diazepam e tal, e... Só isso também, né, que antes ele vivia trancado em casa, então ele sai, ele anda, o fato de ele ir até onde quer e voltar, ele faz caminhada, o convívio com outras pessoas, isso daí não é melhorar a qualidade de vida? Promover uma pessoa humana? É isso aí...

Ao relatar sobre um paciente que tinha transtornos, que vivia trancado em casa, sozinho e só tomava leite, Aline, “*ao promover uma pessoa humana*” (sic), passa a conhecê-lo e compreendê-lo ao longo do tempo. Descobre que ele sentia dores com a dentadura, tinha feridas na boca e não conseguia se alimentar. Pouco a pouco, a equipe busca por um tratamento odontológico e psiquiátrico, auxilia na organização do orçamento junto com o familiar, na limpeza da sua residência, na adequação de mobílias e itens de higiene, constituindo o que Aline chama de um viver mais integrado, “*Melhorar a qualidade de vida? Promover uma pessoa humana? É isso aí...*” (sic); Sob a perspectiva fenomenológica, para Stein (2000) ser Pessoa significa ser *livre e espiritual*. Em nossa constituição corpórea, psíquica e espiritual temos na *espiritualidade* pessoal a consciência de ser e viver em um único ato, anterior a qualquer reflexão, como uma luz que ilumina a vida espiritual e que possui em si a abertura ao mundo. Ser *livre*, por sua vez, significa dizer “eu posso”, podemos penetrar nossos olhares no mundo das coisas e estas nos convidam a observá-las. Este convite pode ser aceito com um movimento de abertura, mas podemos não correspondê-lo, permanecendo em nós uma imagem do mundo empobrecida e fragmentada. Temos, portanto, necessariamente o Poder enquanto liberdade e, deste Poder nasce a possibilidade do Dever. (STEIN, 2000). Nos relatos de Aline, independentemente das características singulares percebidas, foi possível um encontro humano e uma transformação em direção a “*promover uma pessoa humana*” (sic), o que podemos compreender a partir da fenomenologia como a promoção à abertura e à liberdade pessoal, respeitando as limitações da singularidade: “*antes ele vivia trancado em casa, então ele sai, ele anda, o fato de ele ir até onde quer e voltar, ele faz caminhada, o convívio com outras pessoas...*” (sic). Aline, ao abrir-se a ele e ao respeitá-lo em suas singularidades e limitações, pôde estar junto a ele. O convívio e o vínculo, pouco a pouco, possibilitaram o olhar para a Pessoa, para além do sofrimento psíquico ou físico, em um movimento de transformação e abertura para a vida, em que ambos foram transformados a partir do encontro.

Analizamos até este momento que na estrutura comunitária temos necessariamente o convívio entre Pessoas e que estas possuem em si a responsabilidade das ações que realizam em nome da Comunidade. A partir dos relatos de Aline, compreendemos que é intrínseco ao ser da pessoa a abertura e a liberdade. Se voltarmos nossos olhares ao interno das associações humanas e reafirmamos cada membro como Pessoa, em sua singularidade, abertura e liberdade para voltar-se ao interno e ao externo, que deve portar consigo a responsabilidade última pelas ações realizadas como membro desta convivência humana, podemos pensar na importância de considerarmos a Estratégia Saúde da Família como um espaço de saúde integral onde podemos ampliar as ações de cuidado e saúde para além do tratamento sintomático, em prol de uma abordagem que vise “*promover uma pessoa humana*” (sic), como nos sugeriu Aline.

Retomando o relato de Marília, ela nos informa que “*a família, depois os vizinho, depois a... escola, todo e qualquer lugar onde tem mais de duas pessoas, é uma comunidade*” (sic), referindo-se ao convívio comunitário na relação entre as pessoas. Segundo os achados fenomenológicos de Stein (1999b), temos várias formas de convivência entre pessoas singulares. Em seus escritos iniciais sobre *Comunidade*, a autora faz uma diferenciação entre Massa, Sociedade e Comunidade, sendo que esta última se caracteriza por uma relação natural e orgânica entre os indivíduos, ao passo que na Sociedade há uma relação racional e mecânica. Na Sociedade “uma pessoa se coloca de frente a outra como *sujeito e objeto*, a examina e a trata segundo um plano estabelecido com base em conhecimentos adquiridos e direciona a ela ações dirigidas”. Já na Comunidade “um sujeito aceita o outro como *sujeito* e não está somente de frente a ele, mas *vive com ele* e se deixa determinar por seus motivos vitais” (STEIN, 1999b, p. 160, tradução nossa). Conforme os achados de Stein, podemos considerar que as formas associativas podem também ocorrer de forma mista, mas, o fundamento da comunidade deveria sempre perpassá-las, já que as relações acontecem entre *Pessoas*, as quais deveriam ser consideradas em sua liberdade e abertura, independentemente das razões sociais ou contratuais existentes. A partir das reflexões acerca de tais concepções fenomenológicas na ESF, podemos reafirmar as falas de Marília em que “*todo e qualquer lugar onde tem mais de duas pessoas, é uma comunidade*” (sic) se cada membro pertencente às diversas formas de organização social presentes na área de abrangência das equipes, como escolas, famílias, comunidades religiosas, profissionais, entre outras, fossem olhadas a partir de relações que acontecem não apenas entre indivíduos fechados em si mesmos, mas sim entre *Pessoas*.

Podemos fazer um paralelo a respeito das percepções relatadas por Marília no que se refere às formas de associações entre os indivíduos, a fim de clarificarmos as *necessidades* ou potencialidades emergentes na Estratégia Saúde da Família. Marília nos auxilia a pensar a respeito das relações atuais, nas diversas formas de associação entre as pessoas e no convívio comunitário como uma necessidade humana.

[...] eu acho que tem muita gente na comunidade que gostaria de ter um profissional que conversasse com a gente, que pelo menos escutasse. Porque hoje em dia é muito difícil, é difícil. Em qualquer situação, você vê, um amigo, ou uma amiga, ou qualquer pessoa, eles não querem saber da sua... Dos seus problemas. Então às vezes uma amiga chega em você e despeja tudo quanto é coisa que tem, mas sequer pergunta pra você assim, e você está bem? Eu to te jogando todos os meus problemas pra cima de você, mas não pergunte se você passou o dia bem, se está bem, faz tempo que eu não te vejo... Certo, e principalmente na nossa idade. [...] é tão difícil passar as coisas, às vezes você se sente tão sozinha que às vezes uma leitura, uma conversa com pessoas diferentes, acaba... O seu problema acaba fazendo com quem... Olha, eu tenho uma coisa, ou eu agi assim, eu tive esse problema, eu passei assim, enfrentei ele melhor, eu consegui passar, então eu acho que seria um trabalho a mais para o núcleo e para vocês, que são psicólogos, eu acho que seria muito bom pra nós, pra comunidade assim.

Quando diz de seu sentimento de solidão, mesmo em contato com o outro, refere também sua dificuldade em encontrar uma pessoa para conversar e para escutá-la. Parece não encontrar uma relação autêntica entre *Pessoas*, isto é, uma relação onde seja possível *viver com o outro* e deixar-se determinar por seus motivos vitais. Ela nos revela seu mal estar, vislumbrando a possibilidade de existir, na equipe de Saúde da Família, um “*profissional que converse e escute*” (sic). Partir da experiência do outro para refletir sobre suas próprias experiências surge, segundo as percepções de Marília, como uma possibilidade de trabalho na Saúde da Família, especialmente do psicólogo. O desejo de atribuir a um profissional especializado a intermediação nas relações entre pessoas parece sugerir a necessidade urgente de resgatar os aspectos da vivência comunitária, no sentido fenomenológico. Pezzela (2007) nos auxilia nesta compreensão, ao referir que na sociedade nos encontramos diante de diversas “*mônades*” sem janelas, em que cada um se volta a si mesmo sem a possibilidade de relacionar-se com o externo, diferentemente do convívio comunitário em que existe uma abertura total. Para Stein, nesse sentido, as associações de pessoas podem também ocorrer de formas diversas ou mistas dos tipos fundamentais de relação por ela propostos, como sociedade, comunidade e massa, mas em linha de princípio a Sociedade deveria sempre se fundar sobre as bases da Comunidade (PEZZELLA, 2007, STEIN, 1999b). Dessa forma,

podemos retomar a compreensão de Marília sobre “*todo e qualquer lugar onde tem mais de duas pessoas, é uma comunidade*” (sic), sinalizando a necessidade de reafirmarmos uma relação entre *Pessoas*, no sentido fenomenológico acima descrito, nos espaços em que tratamos da relação e do cuidado humano. Podemos acrescentar ainda a carência percebida por Marília no que se refere ao convívio humano, sinalizando a importância de questionarmos se a Estratégia Saúde da Família poderia se configurar como espaço de constituição e manutenção de Comunidades, em que a ênfase seria em ações voltadas para o desenvolvimento de relações entre *sujeito e sujeito*, em que cada indivíduo seja reconhecido enquanto *Pessoa*, onde possam conviver de maneira a vivenciar os motivos vitais uns dos outros.

A importância do encontro entre *Pessoas*, compreendida na perspectiva fenomenológica, surge em diversos relatos. Além de Marília, Vanessa também percebe a necessidade de encontrar alguém para conversar e, aponta a psicoterapia como um espaço para falar de si, onde o outro pode apontar seus erros:

Eu sou super a favor da psicoterapia, eu acho que é uma coisa muito legal, eu acho que não precisa ser, é aquilo que a gente estava conversando, né, não precisa ser um negócio freudiano, mas eu acho que é um espaço em que você tem para conversar, para falar, pra dividir com uma pessoa teoricamente neutra, que pode te apontar os seus erros, então eu acho que é legal, eu sou super parceira, assim, super a favor à psicoterapia.

A psicoterapia é percebida por Vanessa como “*um espaço em que você tem para conversar, para falar, pra dividir com uma pessoa teoricamente neutra, que pode te apontar os seus erros*” (sic). Para ela, mais importante do que a técnica científica de abordagem da psique é a possibilidade de estar diante do outro enquanto *Pessoa*, em que seja possível falar livremente e refletir sobre si mesmo a partir do olhar do outro.

Vitória também percebe a necessidade de relacionamentos mais abertos, em que cada um possa expor suas emoções e angústias. Ela atribui tal possibilidade aos profissionais da área psi, como terapeutas, psiquiatras e psicólogos:

[...] na verdade toda pessoa deveria ter um terapeuta, um psiquiatra, um psicólogo, uma analista, o que seja. Porque todo mundo tem essa necessidade, né, mas tem algumas pessoas que tem mais dificuldade de se expor e fica meio que, segura mais esse tipo de emoção que frustra, aí começa a ficar angustiado, a querer chorar, umas pessoas tendem para o suicídio, outras tendem para outras coisas, para a agressividade e eu adoro psiquiatria.

Vanessa acha importante ter alguém “*que pode te apontar os seus erros*” (sic) e Vitória considera que existem pessoas que “*tem mais dificuldade de se expor e fica meio que, segura mais esse tipo de emoção que frustra, aí começa a ficar angustiado*” (sic). Ambas atribuem ao psicólogo ou profissional da área psi a possibilidade de estabelecimento de relações próximas e de abertura, com quem possam refletir sobre suas emoções e sobre si mesmas. Stein, em seus estudos sobre Empatia, auxilia-nos a compreender o ato que nos faz reconhecer imediatamente quando estamos diante de outro ser humano e não de objetos. Segundo Stein (1998), a empatia é o ato que nos possibilita reconhecermos imediatamente que estamos diante de outro ser humano, como nós, que não é um objeto concreto, mas um ser que possui um corpo vivente, uma psique, um espírito e uma alma. Nesse sentido, temos a empatia como um instrumento fundamental no reconhecimento do outro que, embora possua a sua singularidade, compartilha das mesmas estruturas essenciais que compõe a estrutura humana, favorecendo, dessa forma, o aprofundamento a respeito de ações que primem pelo reconhecimento do outro independentemente das características singulares e que deve ser respeitado na sua dimensão de Pessoa humana. Mário relata como percebe o trabalho na Saúde da Família no que se refere ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, bem como a necessidade de um trabalho com as coletividades e de não discriminar a pessoa que está em sofrimento psíquico:

É bem começo, fazem atendimento clínico, mas o que falta mesmo é um... Porque aqui a gente poderia ter um espaço de... De terapia de grupos, essas coisas e tal que a gente não tem, não tem porque assim, falta alguns profissionais na equipe de saúde da família, pra dar um apoio pra gente. [...] naquele conceito assim de que você não deve discriminar o paciente, o que a pessoa tem de problema mental. A ideia que a gente segue é que não é porque toma medicação que é diferente, é um paciente como qualquer outro, a ideia que a gente segue é essa.

Segundo suas percepções, o trabalho em Saúde Mental está em fase inicial e se caracteriza pela realização de atendimento clínico. Mário refere a necessidade de uma “*terapia de grupos, essas coisas e tal que a gente não tem*” (sic), apontando a importância de se estabelecer contextos mais ampliados de cuidado, do que a ênfase nos tratamentos individualizados. Ele relata ainda que “*não tem porque assim, falta alguns profissionais na equipe de saúde da família, pra dar um apoio pra gente*” (sic), referindo sua percepção de necessidade de apoio para a estruturação de tais atividades que primem pela não discriminação da pessoa que procura cuidados psíquicos, “*naquele conceito assim de que você não deve discriminar o paciente, o que a pessoa tem de problema mental*” (sic). Nesse

contexto, reflexões sobre a empatia surgem como propostas que poderiam ser abrangidas pelos Núcleos de Apoio da Saúde da Família, instituídos recentemente, em que psicólogos, psiquiatras, ou outros profissionais incluam ações com foco para além do tratamento corpóreo ou psíquico, individualizado, mas espaços coletivos que considerem o cuidado na sua dimensão de integralidade humana, corpórea, psíquica e espiritual, investindo no desenvolvimento de projetos conjuntos de ajuda mútua e de expressão e respeito às singularidades, de abertura, como nos sugeriu Vanessa, e de possibilidade de expor livremente as angústias, como relatado por Vitória. Entretanto, Mário nos faz pensar sobre qual é o papel do psicólogo na sociedade atual, provocando-nos para refletir sobre o assistencialismo que predomina nos cuidados à saúde e sobre o não comprometimento individual com si mesmo e com a própria vida.

[...] e a psicologia, é engraçado, o coitado do psicólogo é o seguinte... o cara teve uma dificuldade, vai pro psicólogo, pronto, tem que ir para o psicólogo, porque sem o psicólogo ninguém vive mais. Eu acho isso muito interessante, então assim, ninguém consegue enfrentar os problemas mais, então tem que ter um tutor psicólogo para ajudar o sujeito a enfrentar os problemas que são absolutamente cotidianos, isso é terrível, quer dizer, aí o cara não pode nem mais fazer a ginástica sozinho, tem que ter o fisioterapeuta, não pode não sei o que... O que estamos fazendo, quer dizer, não é possível, eu acho isso uma distorção...

Mário percebe uma distorção na maneira como vêm se estabelecendo a ampliação dos cuidados em Saúde, ao propor atividades físicas supervisionadas por fisioterapeutas, ou diante da impossibilidade de cada indivíduo apropriar-se e enfrentar suas problemáticas cotidianas, recorrendo às ajudas médico-especializadas. Diante de seus relatos, o conceito de *Pessoa* proposto por Stein permite-nos pensar sobre a compreensão de pessoa destes profissionais cuidadores e indicar-nos a necessidade de um olhar que considere cada singularidade como *Pessoa*, que possui o poder e a liberdade para ser dona de si mesma, e da importância de incluirmos a dimensão espiritual neste contexto. A sistematização de abordagens que incluam a dimensão social comunitária nas ações de saúde mental e saúde integral em prol de uma visão humana do cuidado em saúde, sob uma ótica fenomenológica, significa estabelecer relações entre pessoas livres e espiritualmente abertas, responsáveis umas pelas outras. Ampliar as discussões sobre o respeito a cada singularidade implica uma mudança de atitude no que se refere às práticas assistencialistas, que centralizam o cuidado na figura do especialista e desqualificam os potenciais e riquezas singulares que, quando valorizadas, podem significar importantes fontes de crescimento e desenvolvimento mútuos. Em confronto com esta possibilidade de desenvolvimento de ações comunitárias na ESF, através dos relatos

podemos olhar como se estabelecem as relações entre equipe e usuários. Ainda nos relatos de Marília encontramos suas percepções sobre como ela vivenciou uma experiência de suporte na ESF quando procurou auxílio para o tratamento do marido que se tornava agressivo:

[...] porque de noite eu tinha medo de dar aquele surto nele e ele poder me agredir, né. Aí até que num dia eu não suportei mais, aí eu fui lá e conversei com a Doutora... (antiga médica do núcleo), pedi pra ela tá conversando com ele, e me orientar, porque eu estava completamente desorientada, né... Aí ela chamou o Doutor (supervisor de psiquiatria), pediram pra conversar com ele e chegaram a conclusão que ele estava esquizofrênico... Aí foi pela, ela chamou, falou, “pode ficar tranquila porque a gente tá dando uma dose cavalara pra ele de remédio, ele vai se acalmar, até demais, que você vai se incomodar”. Aí foi mesmo, ele dormia vinte e quatro horas, sempre que tomava o remédio, desligava.

Vimos no relato anterior que Marília manifestou seu desejo de encontrar na equipe de Saúde da Família “*um profissional que conversasse com a gente, que pelo menos escutasse*” (sic). Entretanto, ao relatar sobre seu contato com a equipe à procura de orientação sobre como conviver com o marido agressivo, o tratamento oferecido pautou-se na concepção de medicalização do sofrimento e diminuição dos sintomas, “*pode ficar tranquila porque a gente tá dando uma dose cavalara pra ele de remédio, ele vai se acalmar, até demais, que você vai se incomodar*” (sic). A abordagem escolhida pelos profissionais de saúde foi, de fato, efetiva: “*Aí foi mesmo, ele dormia vinte e quatro horas, sempre que tomava o remédio, desligava*” (sic). Ao confrontarmos tais experiências pessoais com concepções de estudiosos acerca da ESF, sabemos que a Saúde da Família surge como uma estratégia de reorientação do Sistema de Saúde em que a atenção volta-se às famílias, compreendidas a partir de um ambiente delimitado em seu espaço físico e social, e busca olhar de maneira ampliada o processo de saúde/doença e desenvolver intervenções que ultrapassem as práticas curativas (MENDES, 1996; FRANCO; MERHY, 1999). O que podemos pensar a respeito da construção de novas práticas que ultrapassem ações curativas e que ampliem o processo de compreensão do ser humano para além da doença?

Marília aponta a necessidade do seu marido ter um contato mais próximo com um profissional da saúde.

A única coisa que eu acho assim, e eu até já falei com a Doutora (médica do núcleo), eu acho que se tivesse aí, ou em outro lugar, que eles encaminhassem meu marido no caso, pra ter um acompanhamento, ou psicológico ou psiquiátrico, direto, sabe, assim, por sessões mesmo, eu acho que seria pra ele muito bom.

Ao referir sua percepção sobre o serviço de Saúde, aponta a necessidade de “*ter um acompanhamento, ou psicológico ou psiquiátrico, direto, sabe, assim, por sessões mesmo*” (sic), de que seu marido seja acompanhado ao longo do tempo por uma pessoa que possa olhar para sua condição, para além do alívio dos sintomas. Suas percepções sugerem a necessidade de ações que ultrapassem as práticas curativas, individualistas e centralizadas na figura do especialista tal qual apontado anteriormente. Em confronto com a fenomenologia, tanto Marília, quanto os estudiosos da Atenção Primária parecem apontar a necessidade de se realizar um encontro em que seja possível *deixar-se determinar* pelos motivos vitais do outro, de poder compreender o sofrimento psíquico que se mostra em uma família, como, por exemplo, a agressividade do esposo, e que necessita mais do que soluções imediatas como a medicalização dos sintomas. O estímulo ao desenvolvimento de ações duradouras ao longo do tempo, que permita compreender as singularidades, com uma aceitação da condição do outro, em busca de encontrar conjuntamente propostas que possibilitem abertura e a construção de projetos conjuntos, como nos mostrou Aline, respeitando as limitações do outro, como nos revelou Marília e, dentro das possibilidades, incentivando o compartilhamento de responsabilidades entre pessoas livres, no sentido fenomenológico. Destacamos a importância de incluir espaços de reflexão sobre o que pretendemos quando desejamos desenvolver ações em comunidade e, a partir disso, é importante olharmos para as condições únicas de cada território de abrangência das ESF, em busca de uma prática ampliada que se volte para a constituição de espaços para vivências comunitárias.

Marília finaliza seu relato sobre comunidade acrescentando que “*a comunidade também exige que a gente obedeça regras pra todo mundo viver em harmonia, é o que eu entendo que eu acho que é um bem pra gente*” (sic). Quando ela refere à vivência comunitária como a possibilidade de uma vida harmônica, diz também que a harmonia é entendida como um “*bem pra gente*” (sic). No que se refere à estrutura da comunidade desvelada por Stein, já vimos que podemos dizer de um *Sujeito Comunitário*, sendo este a união em si de uma pluralidade de sujeitos e também o portador de uma vida que se realiza por meio destes sujeitos. Podemos acrescentar que a comunidade dispõe de forças vitais pelas quais este viver comunitário é alimentado, entretanto são seus indivíduos que contribuem com esta força e eles são também alimentados por ela, mas não dispõem necessariamente todas as suas forças para este viver. Nem tudo o que pertence ao mundo individual entra no mundo da comunidade, mas no viver comunitário se abre um mundo dotado de sentido e são os indivíduos que, com as suas atividades espirituais, constituem o mundo da comunidade. As

peessoas, com suas qualidades e ações e seus movimentos vitais, são portadoras de valores e estes valores são fontes objetivas de força vital. Quando Marília refere *regras, harmonia e bem comum*, auxilia-nos a pensar a respeito do papel dos indivíduos para a revitalização de uma comunidade por meio do mundo dos valores (STEIN, 1999b). A abertura para determinados âmbitos de valores acontece a partir de uma sensibilidade originária existente no viver da comunidade, sendo necessária a atuação da força vital para o seu desenvolvimento. Mas, a própria comunidade e, portanto, todos os seus membros, devem ser sensíveis e devem viver realmente como parte dela, em ação recíproca com todos os seus elementos, pois são os indivíduos singulares que oferecem a ela a capacidade de voltar os olhos e colocar-se em contato com o mundo dos valores. Porém, se existe a sensibilidade do singular, esta se confronta com a insensibilidade da massa, temos indivíduos fechados em si mesmos, que não ativam a riqueza de suas próprias vidas interiores para o externo, impedindo a comunidade de atingir as fontes das quais provém os impulsos e deixando de enriquecê-la. Neste sentido a ESF parece ter potencial para colaborar na construção da comunidade, na medida em que se possa refletir sobre as associações humanas e o sentido ‘do estar junto’.

Valéria, ao referir sobre a realização de “*atividades coletivas que também estão promovendo a saúde mental*” (sic) nos ajuda a pensar a vivência comunitária nos territórios de ESF, em que se mostra necessário incluir a abertura aos valores, para além das práticas médico centradas:

[...] eu acho que a psiquiatria está fora, entraria numa área de doenças... Mas acho que pensando na saúde mental, eu acho que é isso, a gente tenta trabalhar questões mais relativas à promoção, né, olhando para o foco da saúde, mas trazer questões pras pessoas pensarem, é... A gente faz várias atividades que eu acho também que acaba trabalhando com a saúde mental. Quando a gente tem atividade física, tem as festas, tem atividade onde as pessoas saem de casa, encontram, fazem amizade, acho que tudo isso é... Na saúde da família, isso a gente valoriza muito e eu vejo que os usuários também, né, eles relatam bastante mudanças assim, depois que saíram da casa, começaram a frequentar, atividades, eles fazem passeios, vão no clube, fazem festas, fazem café da manhã, depois de... Pra aprimorar as festas, há o aniversariante do mês, acho que tudo isso, também, são atividades coletivas que também estão promovendo a saúde mental, né. [...] mas assim, são atividades que a pessoa vem, faz a atividade, conversa com outras pessoas, faz amizade... Festa junina, por exemplo, a gente passa um bom tempo antes reunindo, fazendo, né... Eu não participo, mas tem um grupo deles mesmo, que eles se organizam, os usuários confeccionam bandeirinhas e aí é um momento em que eles tiram pra eles, eles saem de casa, largam os afazeres de casa, e vem pra realmente conversar, bater papo, aprender coisas novas, né, eu acho que nesse sentido [...] a terapia ocupacional que fica aqui às vezes ajuda, a manter essas atividades, dando algumas outras coisas, técnicas [...] mas eu acho que isso é promoção de saúde mental, a hora em que a

pessoa consegue pensar nela, pensar num tempo para ela, pra vir aqui, cuidando dela mesma e a gente não trata de assuntos de saúde, diretamente. [...] mas é um momento que eu acho que eles não estão a fim de falar de doença, eles querem pensar em outras coisas nesse momento. Acho que é isso.

Para além das ações propostas pela psiquiatria, as ações referentes à promoção da saúde acontecem em atividades físicas, festas, amizades, relacionamentos, comemorações de aniversários, reuniões para a execução de atividades preparativas, que são espaços que vem sendo constituídos nos Núcleos de Saúde da Família e valorizados tanto pela equipe, quanto pelos moradores. Valéria nos informa, também, que os participantes relatam uma autopercepção de mudança pessoal positiva. Entre as atividades, ela cita o exemplo da festa junina organizada por um grupo de usuários, com suporte, quando necessário, de profissionais da unidade de saúde. Os organizadores se encontram diversas vezes antes para organizar a festa, confeccionam conjuntamente os acessórios de decoração, proporcionam um momento pessoal para eles, saem de suas casas e reúnem-se para conversar, aprender, sair da rotina e pensar em si mesmos, cuidar de si mesmos e não querem palestras sobre doença e prevenção. Mas, o que significa, de fato, “*atividades coletivas que promovem saúde mental?*” (sic) A inserção de atividades coletivas no contexto da Saúde da Família vem se tornando uma prática cotidiana, vimos, por exemplo, a inclusão do profissional de educação física nos NASFs (BRASIL, 2009), sugerindo a importância de tais ações no cuidado às famílias. Entretanto, sob a perspectiva fenomenológica, devemos ir além, devemos nos questionar, de fato, quais podem ser os alcances de tais inovações. Vimos que as associações humanas se configuram em diversas formas. Ao propormos “*atividades coletivas*” sem uma reflexão sobre o que pretendemos com tais atividades, podemos fazer referência a grupos de Massa, no qual temos um líder único que determina atividades com o predomínio de comportamentos instintivos e que aprisionam o desenvolvimento espiritual e livre do ser de cada um, o ato criativo e espontâneo que cada pessoa porta na sua singular expressividade. Podemos ainda reunir pessoas com intuito de cumprir metas, usando-as para realização de interesses próprios, para a prestação de contas do trabalho no final do mês, do número de pessoas que foram atendidas numa falsa perspectiva de efetividade do cuidado. Por que, afinal, emerge o sentido de que grupos de pessoas ou espaços coletivos são bons? E como constituí-los de maneira a promover o desenvolvimento humano e da comunidade nos territórios de abrangência das ESF?

Estar em comunidade significa estarmos unidos entre pessoas totalmente livres, ligadas entre si pela vida pessoal mais íntima, ou pela vida da alma, onde cada uma delas se

sente responsável por si mesma e pela própria comunidade. Se pensarmos na constituição da atividade da festa junina, vários aspectos mostram-se relevantes para discutirmos sobre a importância do convívio comunitário neste contexto. Devemos nos perguntar se temos um grupo que já possui certa autonomia, se as pessoas estão ali por vontade própria, estão realmente envolvidas realizando suas expressividades corporais, psíquicas e espirituais? Neste sentido, entre os elementos constitutivos da essência humana, encontra-se a vivência comunitária. Isto significa que estar em comunidade, no sentido fenomenológico, possibilita a realização de nós mesmos e daqueles que convivem e compartilham nossas experiências, a partir de uma ligação corpórea vivente, psíquica e orientada pela vontade, razão e intelecto. O desenvolvimento de “*atividades que a pessoa vem, faz a atividade, conversa com outras pessoas, faz amizade...*” (sic) visa mais do que uma simples reunião de pessoas ou da massa, e, dessa forma, indica e nos sugere a importância de estarmos atentos ao convívio subjetivo de cada membro, à maneira como se revela o envolvimento corpóreo, a expressão dos gostos e também dos desejos e das vontades, considerando cada um como uma singularidade rica e capaz de expressar e contribuir ao seu modo para o convívio com os demais membros. Devemos partir do olhar para cada pessoa, reconhecer as diferenças e a maneira única de ser de cada um.

Além de olharmos para a relação pessoa/comunidade, outro aspecto interessante que podemos observar é a maneira como uns agem em relação aos outros. Vimos que o *Sujeito comunitário* é constituído por uma força vital que alimenta e é alimentado pelas pessoas que vivem como membros dessa comunidade. Além das fontes objetivas de força vital, necessárias para o desenvolvimento da comunidade, temos também a importância dos atos sociais que se realizam entre as Pessoas. Bello (informação verbal)¹⁰ aponta que as manifestações espirituais dos sujeitos, as ações e contribuições dos indivíduos podem ser observadas por meio da análise dos seus atos sociais. Estes são as atitudes que uma pessoa tem em relação à outra, que pode ser positiva, como o amor, a confiança, o reconhecimento, mas também negativa, como a desconfiança, o ódio ou antipatia. O ato social, positivo ou negativo, produz efeitos, ou seja, enquanto o amor é uma força produtiva, o ódio é destrutiva, o que significa que o amor pode vivificar e fundar um relacionamento interpessoal completo. Sob a perspectiva fenomenológica, a vivência comunitária se baseia em relações recíprocas positivas, ou seja, com base na existência de atos sociais positivos, que são os atos nos quais

¹⁰ **A formação da pessoa, reflexões do ponto de vista antropológico.** Informação fornecida por Angela Alles Bello, trabalho de evento não publicado.

nos dirigimos para as outras pessoas afirmando o ser do outro, o comprometimento, a gratidão, a admiração ou o amor. Os atos positivos em geral não consomem a nossa força vital, a qual está enraizada no núcleo da alma, mas representam a possibilidade de aumento de força no qual podemos nos nutrir e nutrir as demais pessoas, tratando-se de uma fonte de força inexaurível. Nesse sentido, estarmos atentos para a expressão da singularidade de cada membro é importante, mas também devemos considerar a atitude que um assume em relação ao outro, se entre eles existem atitudes que permitem a afirmação da singularidade do outro, se existe comprometimento, confiança, se é possível que uns admirem aos outros. Os atos sociais positivos representam uma importante força vital subjetiva, força esta que provem da relação entre subjetividades, entre *Pessoas*, com atitudes possíveis na relação com o outro e esta força alimenta o *Sujeito Comunitário* e seus membros. Isso nos faz pensar na importância de incluirmos nos grupos de atividades desenvolvidos nas áreas de Saúde da Família espaços que nos permitam olhar como nos comportamos em relação aos outros e a nós mesmos, sobre nossos atos sociais, para além de ações pautadas na cura e na doença.

Um último elemento importante para apontarmos é referente ao tema da festa: junina, sendo esta uma festa tradicional em todo o país. Sabemos que esta é uma festa brasileira comemorada todo ano, na chegada do inverno, com suas barracas, danças e alimentos típicos. Como nos relatou Marília, na comunidade o objetivo é “*todo mundo viver em harmonia, é o que eu entendo que eu acho que é um bem pra gente*” (sic), e a partir de suas colocações, caracterizamos a existência de uma força vital que alimenta o Sujeito Comunitário e os sujeitos individuais que o constituem, considerando especificamente a importância de uma abertura recíproca ao mundo dos valores, proveniente das disposições originárias da comunidade, como fonte de impulsos e de enriquecimento. Nesse sentido, as práticas na ESF que pretendem olhar de forma ampliada para as pessoas e que objetivam “*trazer questões pras pessoas pensarem, é... a gente faz várias atividades que eu acho também que acaba trabalhando com a saúde mental*” (sic), como comentado por Valeria, poderiam destacar o valor cultural destas festividades, contribuindo para a transmissão de tradições e valores e do desenvolvimento espiritual, relativos ao que chamamos fenomenologicamente do espírito objetivo. A vivência comunitária nos possibilita também o envolvimento espiritual, da razão e da vontade, em que podemos refletir sobre nós mesmos, nossas ações cotidianas, nosso corpo, nossa cultura e as tradições que queremos deixar impressas no mundo objetivo, naquele mundo que constitui a globalidade da existência. Tal posicionamento pode contribuir, inclusive, para a consolidação da vida comunitária de um povo, com uma crescente produção e desenvolvimento de uma cultura própria. Neste sentido, parece relevante que nas equipes da

ESF haja espaço para reflexões sobre a cultura do território de abrangência, sobre as características específicas daquele povo, pois devemos considerar a diversidade de povos que vivem nas diferentes regiões brasileiras. Uma estratégia de saúde que valoriza a regionalização das ações parece caminhar ao encontro da necessidade de caracterização dos povos e incentivo ao desenvolvimento do mundo de valores de suas diversas comunidades, sendo importante, portanto, incluir nas questões de saúde ampliada, quais são os valores objetivos espirituais e pessoais presentes no contexto, quais são os elementos de cultura e de tradição originários nos diversos grupos de pessoas que estão referenciadas nas Equipes de Saúde da Família. Stein (1999b) complementa sobre a importância das fontes objetivas de força para a vida comunitária, enfatizando que dela fluem os impulsos, graças à mediação dos indivíduos. É, portanto, de grande importância para o curso vital de um povo considerar também as especificidades da natureza da sua terra, do solo, do caráter físico e paisagístico e também o mundo dos valores em que se vive, os valores estéticos do seu ambiente, os valores éticos incorporados na moral, os valores religiosos englobados na sua religião, os valores pessoais que podem vir do passado e do presente. Segundo a filósofa, onde não existe uma sensibilidade estética, até a natureza mais bela é destinada a permanecer privada de efeito, diferentemente de quando os valores se tornam realidades sob a forma de obras culturais, pois onde é possível desenvolver uma cultura nacional, onde existe uma moral e um direito consolidados, uma poesia como bagagem cultural comunitária de um povo, os valores não apenas estão à disposição das almas sensíveis, mas testemunham, encarnando-se nas suas criações reais, a sensibilidade e a força criativa do povo. É nas obras criadas por um povo que encontramos forças sempre novas. Nesse sentido, podemos dizer da existência de uma força vital presente no convívio comunitário e que esta força tem as suas fontes nas mais diversas nascentes.

Entretanto, devemos aprofundar nossos olhares na forma como os valores pessoais compõem o conjunto de ações propostas para a reorganização do Sistema de Saúde na ESF. Nos relatos de Marília, vimos uma abordagem centrada no alívio imediato dos sintomas e, na continuidade de suas falas, ela aponta a necessidade de um “*ter um acompanhamento, ou psicológico ou psiquiátrico, direto, sabe, assim, por sessões mesmo*” (sic). Já a experiência de Fabiano sobre a estruturação de um suporte psiquiátrico às equipes de saúde da Família refere a necessidade de um trabalho colaborativo de consultoria e formação teórica e também de experiência prática com pacientes crônicos, voltado para médicos e enfermeiros, em busca de uma mudança de atitude destes profissionais para lidar com tais demandas.

[...] formação teórica e também a passagem em um serviço especializado em psiquiatria, onde eles tivessem contato com uma quantidade grande de pacientes com transtornos mentais mais graves de tal maneira que eles tivessem uma mudança atitudinal de lidar com esse... Com essas pessoas com transtorno mental mais grave também, [...] a ideia básica é que o aprendizado a lidar com isso, se daria, se dá no atendimento rotineiro desses profissionais em uma assistência primária à saúde, porque esses quadros tem uma prevalência muito grande. Se você somar todos os transtornos mentais na assistência primária à saúde, dificilmente você vai encontrar menos do que trinta por cento dos pacientes no momento se encaixando num diagnóstico de transtorno mental que tem no DSM e CID 10. Se você somar isso ao número de pessoas que tem um estresse, ou um sofrimento psicológico aumentado, isso daí com certeza chega a cinquenta por cento. Se você somar as pessoas que estão enfrentando problemas psicossociais, a isso, com certeza a gente chega que a maioria das pessoas tem problemas psicossociais, ou estresse, ou transtornos mentais importantes, na assistência primária à saúde, no PSF, essa é uma dimensão fundamental a ser trabalhada com essas pessoas. Se você somar isso, como eu falei antes, com a questão de como trabalhar o vínculo com os pacientes e com as famílias, quer dizer então, essa é uma demanda fundamental.

Na sua percepção, os transtornos mentais diagnosticados pelos parâmetros psiquiátricos, somados aos sofrimentos psíquicos como estresse e aos problemas psicossociais, representam uma temática relevante no trabalho da equipe de saúde da Família. Os parâmetros médico centrados aparecem tanto na formação da equipe como na abordagem aos usuários, que são considerados a partir do prisma do adoecimento e do diagnóstico, seja pelos parâmetros científicos, como o DSM e CID-10, como pelas características de patologização social, como a necessidade de respostas médica aos problemas psicossociais ou estresse. Fabiano aponta a necessidade da formação, vista como essencial para o desenvolvimento das ações, bem como a importância do conhecimento por meio das experiências vividas no contexto da atenção primária. O vínculo, por sua vez, surge como fundamental a ser trabalhado neste contexto. Entretanto, devemos nos perguntar o que entendemos por formação? O que compreendemos como formação na Estratégia Saúde da Família e como vem se revelando neste contexto? Fabiano continua a sua fala, apontando os dois aspectos centrais que deve conter um trabalho de formação da equipe de Saúde da Família:

Então, o que eu acho, que é a coisa básica, é primeiro realmente as pessoas trabalharem dentro de uma abordagem biopsicossocial, de modo que seja uma abordagem integrada, né, é... E saber trabalhar com isso na prática, saber operacionalizar isso na prática. Segundo, que eu acho que... Vamos dizer, a habilidade fundamental mais básica de todas é realmente o vínculo, quer dizer, é a questão de como você estrutura, como você sente, como você trabalha junto com a pessoa que você tá querendo ajudar. Quer dizer, a coisa, essas duas coisas, a concepção de uma abordagem psicossocial e a

concepção de como você percebe, como você trabalha o vínculo, eu acho que são as duas coisas básicas, é a partir daí que você pode construir todo o resto, né. Aí todo o resto inclui ter uma ideia de como são as classificações psiquiátricas contemporâneas, quais são as limitações delas inclusive, como é que você diagnostica, ter uma ideia aí, é... De procedimentos psicoterapêuticos e farmacoterapêuticos para trabalhar o sofrimento psicológico, os transtornos mentais, mas, tudo isso, quer dizer, são construídos a partir dessas duas coisas básicas, que eu acho que é a operacionalização de uma abordagem biopsicossocial e a questão do vínculo...

Trabalhar com uma abordagem biopsicossocial, de forma integrada, operacionalizada na prática, surge como uma das necessidades a serem desenvolvidas nas equipes de saúde da família. Segundo Fabiano, existe a necessidade de criar vínculos, de compreender como cada profissional estrutura, sente e trabalha junto com a pessoa que está querendo ajudar, sendo estas as habilidades básicas que devem ser desenvolvidas com a equipe. Por fim, aponta a importância também dos parâmetros psiquiátricos contemporâneos e as limitações do diagnóstico e dos procedimentos para trabalhar o sofrimento psíquico. Entretanto, uma formação ampliada, que aborde o ser humano em sua integralidade, significa pensarmos qual embasamento antropológico possuímos em nossas ações e intervenções na saúde da família, devemos nos perguntar quais concepções de ser humano perpassam nossos comportamentos e práticas. Bello (informação verbal)¹¹, afirma que:

O ser humano apresenta-se no seu processo de desenvolvimento com características peculiares que o fazem uma Pessoa, enquanto sede de criatividade, de expressividade e de ação e as consequências da sua atividade possuem uma extraordinária relevância porque introduzem na realidade novos elementos que a transformam, no bem e no mal; por isso, o ser humano é chamado a assumir responsabilidades decisivas para si mesmo e para o ambiente ao seu redor. Neste sentido, compreende-se a importância da sua formação, da qual depende a sua orientação teórica e o seu comportamento prático.

Segundo Bello (informação verbal) a formação da *Pessoa* deve, anteriormente a qualquer direcionamento, considerar qual é a orientação teórica e qual é o seu comportamento prático. A filósofa acrescenta, ainda, que, se refletirmos sobre nós mesmos como parte de um contexto particular, por exemplo, o “mundo ocidental” com sua cultura que se expressa nos critérios que utilizamos para nos orientarmos, podemos notar que a realidade para nós é dividida em setores que possuem características próprias, mas não apenas isso, trata-se

¹¹ **A formação da pessoa, reflexões do ponto de vista antropológico.** Informação fornecida por Angela Alles Bello, trabalho de evento não publicado.

também de uma elaboração conceitual das conotações de tais setores (como os grandes temas da natureza, do ser humano e de Deus). Quando nos referimos à formação da *Pessoa*, no sentido fenomenológico de Stein, devemos considerar o ser humano em sua complexidade corpórea vivente, psíquica e espiritual, um ser que tem em si uma individualidade, mas que apresenta uma abertura em relação a si e aos outros. O que possuímos nos é dado em potencial no momento do nascimento e podemos considerar o processo vital como o desenvolvimento e a atualização de potencialidades, que envolve todas as dimensões que compõem a estrutura humana. Entretanto, o que possibilita a capacidade de significado, o sentido ao ser humano é o momento espiritual, que devemos ter presente quando tratamos da formação do indivíduo. A autora acrescenta ainda que ao examinarmos épocas passadas, normalmente algumas dimensões são valorizadas em detrimento de outras e que, atualmente, na cultura ocidental, valorizamos e direcionamos os cuidados à dimensão psicofísica, como podemos verificar na medicina, na psicanálise e na ênfase à psique em detrimento da dimensão espiritual. É neste sentido que surge como necessidade um questionamento antropológico que integre todos os aspectos do ser humano, o que possibilitará a efetivação da proposta de reorientação do sistema de saúde, conforme pressupõe as ações e políticas da atenção primária brasileira (BRASIL, 2011).

Fabiano, relata duas coisas básicas necessárias para a formação das equipes que seria “*a operacionalização de uma abordagem biopsicossocial e a questão do vínculo*” (sic). Entretanto, escavando as suas experiências de saúde mental na ESF, atentos aos requisitos fundamentais para a formação humana, como nos indicou Bello (informação verbal) no texto acima citado, devemos nos perguntar sobre qual é a orientação teórica e o comportamento prático que oferecem as bases para a abordagem biopsicossocial?

[...] nesse curso a noite nós discutimos uma série de temas, que começam com como operacionalizar uma abordagem biopsicossocial na assistência primária à saúde, no programa de saúde da família, a gente usa um modelo interdisciplinar [...] que é a medicina centrada no paciente, ou a atenção centrada no paciente, e... A gente discute também, vamos dizer, validades e limitações das classificações psiquiátricas contemporâneas, inclusive como aplicar na assistência primária à saúde, é... Treinamos esses profissionais da assistência primária à saúde de nível superior numa entrevista diagnóstica semiestruturada para transtornos mentais [...] discutimos tópicos relacionados à colaboração profissional de saúde, o vínculo, né, e pra isso a gente usa algum material didático mais estruturado, então a gente usa um texto sobre entrevista motivacional aplicada em assistência primária à saúde, por profissionais de assistência primária à saúde é... Com a ideia de que a entrevista motivacional, ela incorpora uma série de concepções e de... E de práticas desenvolvidas pela terapia centrada na pessoa, pelas terapias humanísticas, né, possibilitando também um foco estritamente diretivo

quando necessário, e ela ajuda a desenvolver aquelas micro habilidades necessárias pra... Você acompanhar a pessoa, né, então a ideia de que o atendimento é cooperativo, deve estimular a autonomia da pessoa, de que a mudança deve ser interna e não exposta, imposta externamente e desenvolvimento dessas micro habilidades que vão permitir uma empatia mais apurada, uma empatia mais adequada com a pessoa que tá, que você tá querendo ajudar. E a gente discute também os transtornos mentais mais comuns, através de texto, né, tirando dúvidas, etc. e a gente também oferece uma formação através de um manual em terapia de solução de problemas, que é uma abordagem cognitivo comportamental, que tem sido mostrada como possível de ser treinada em tempo razoável com profissionais de assistência primária à saúde e que tem eficácia pra tratar transtornos depressivos e ansiosos como esses da atenção primária à saúde.

Reconhecer quais são as orientações teóricas que repercutem em determinados comportamentos implica em reconhecermos quais valores se refletem em nossas práticas. Segundo seus relatos, a operacionalização de uma formação biopsicossocial inicia-se com uma abordagem multidisciplinar centrada no paciente, além do treino para a realização de entrevistas semiestruturadas para diagnósticos e entrevistas motivacionais diretivas que desenvolvam micro habilidades, que estimulem a autonomia da pessoa com uma mudança interna, além da discussão de textos e uma terapia breve para solução de problemas embasada pela abordagem cognitivo comportamental. Além disso, o desenvolvimento de micro habilidades auxilia no desenvolvimento de uma empatia mais apurada. Olhando atentamente para seus relatos, verificamos o desenvolvimento de uma abordagem que está centrada no paciente e no diagnóstico, com ênfase nos aspectos biológicos e psíquicos da pessoa. Entretanto, ao pensarmos na operacionalização de uma abordagem biopsicossocial, seus relatos parecem não fazer referência ao aspecto social, permanecendo uma concepção de ser humano que desconsidera a importância das associações humanas e, sobretudo, o desenvolvimento espiritual. Ainda que tal abordagem se mostre eficaz no contexto da saúde, os aspectos técnicos e a ênfase no indivíduo parecem não ser suficientes para englobar a totalidade da Pessoa e para atingir as necessidades de cuidado que vêm surgindo neste contexto. Mário complementa tal discussão, quando refere, de fato, com qual problema se depara no trabalho em Saúde da Família:

Veja só, qual que é a nossa dificuldade aqui, que eu sinto no momento. Não é tratar dos doentes com doenças específicas. Não é, isso a gente sabe que não é. E até quando a gente sabe que tem uma doença específica a gente sente até um certo alívio. Tá hipertenso, ótimo, porque eu vou tratar da hipertensão. As dificuldades são esses casos que eu acabei de te falar, por exemplo, quando você tem alguma situação social familiar muito complicada você tenta interferir com a família, mas você não consegue direito isso, entendeu. E aí a coisa vai ficando complicada, porque paciente

vai retornando do mesmo jeito, a gente chama a família, conversa, explica, mostra a necessidade da família melhorar os cuidados com a pessoa, a pessoa maltratada, tá passando fome, não sei o que, a família não quer fazer isso ou não consegue fazer isso e o paciente também não. [...] essa situação social... Isso é difícil. É a coisa mais difícil que tem na área de Saúde da Família é isso. Não é lidar, por exemplo, um sujeito que tem uma doença específica, nesse você trata, dá a medicação, faz isso, aquilo outro, mas quando mistura essas coisas muito intensas que fogem do controle da gente, aí é difícil, entendeu, não é diagnosticar uma depressão, isso a gente faz, não é dar uma medicação.

Segundo os relatos de Mário, os aspectos biológicos e psíquicos são abordados de maneira técnica, com efetividade no tratamento, porém não atende integralmente a demanda que os profissionais da equipe têm encontrado nas visitas às famílias. Suas percepções são semelhantes às percepções de Marília, quando se refere à fala da médica sobre o tratamento dado ao seu marido “*a gente tá dando uma dose cavalari pra ele de remédio*”(sic), que foi efetiva para a amenização dos sintomas, mas não incluiu o desenvolvimento de um projeto assistencial em longo prazo, que pudesse considerar as decorrências de tal adoecimento e de tal conduta clínica no âmbito familiar e social. Na perspectiva de medicalização e amenização dos sintomas, Mário aparenta não encontrar muitas dificuldades na maneira de trabalhar, reafirmando a efetividade desta abordagem que compreende o ser humano nas suas dimensões corpóreas e psíquicas. Entretanto, a dificuldade maior encontra-se na esfera da atenção social, como cuidar do aspecto social? Como cuidar de um corpo que possui em sua natureza intrínseca, além dos aspectos de objeto concreto, de corpos inanimados, a especificidade de ser um corpo vivente dotado de alma e espírito? Ele afirma que a situação social das famílias é a questão mais difícil encontrada no trabalho das equipes de Saúde da Família. Entretanto, ao deparar com esta dificuldade e com as experiências de vida, Mário se questiona sobre a efetividade da abordagem biológica neste campo de atuação, já que olhar para as necessidades das famílias implica partir de concepções que considerem o ser humano em sua integralidade. Como tratar o social, o biopsicossocial ou, em termos fenomenológicos, este corpo vivente, dotado de uma psique objetiva e de um espírito que é guiado pela realização da alma? Na sua percepção, ele sugere como seria um trabalho adequado de prevenção em que se pudesse considerar também o social e oferece-nos um caminho para pensarmos quais são as potencialidades presentes na ESF:

Por exemplo, drogas, alcoolismo, se você trabalhasse legal com isso, teria um adulto mais saudável e um idoso mais saudável. Espaços de convivência desses adultos no sentido de tentar melhorar o equacionamento dos problemas que eles sentem. [...] solidariedade social, espaço social para

discutir as problemáticas [...] é aí que a gente poderia atuar melhor. Mas isso não é só da área médica, ou da saúde, é uma coisa social. Esporte como lazer, esporte para deficiente, oficina cultural com idoso [...] pessoas que se sentem sozinhas... Não é só eu que sou triste, não sou só eu que estou deprimido, não é só eu que perdi o emprego, nada. Então isso muda a visão que a pessoa tem da vida, é super importante.

Mário aponta a necessidade de “*espaços de convivência desses adultos no sentido de tentar melhorar o equacionamento dos problemas que eles sentem*” (sic), espaços esses que não seriam estritamente da área médica ou da saúde, mas com uma abordagem mais integrada que envolvesse também a dimensão social, como por exemplo, atividades esportivas numa perspectiva de lazer, esportes inclusivos, oficinas culturais, espaços de convivência e compartilhamento de problemáticas sociais, como a perda de emprego ou mesmo a vivência da solidão, que repercute na tristeza e na depressão. Para ele, tais espaços são importantes porque “*isso muda a visão que a pessoa tem da vida, é super importante*” (sic), ampliando o olhar para as concepções de vida e de valores, do compartilhamento a partir da experiência do outro, sinalizando para ações que primem pelo desenvolvimento espiritual e não somente de cura e remissão de sintomas. Stein (1998) nos informa sobre o significado da empatia para a constituição da *Pessoa*, sinalizando a importância do conhecimento da outra personalidade, através da qual nos deparamos com os limites do nosso próprio autoconhecimento. O outro não apenas nos ensina a nos colocarmos como objetos de nós mesmos, mas também nos conduz ao desenvolvimento. Quando vivenciamos a empatia de naturezas afins, isto é, com pessoas de tipos semelhantes a nós, tal relação permite despertar e tornar claro aquilo que em nós encontrava-se adormecido, ao passo que quando se trata de pessoas com tipos diversos, com estruturas pessoais diversamente formadas, tal relação desperta em nós aquilo que somos e que não somos na relação com os outros. Dessa forma, nos é dado, ao mesmo tempo, a possibilidade de autoconhecimento e um importante incentivo para a autoavaliação. Os novos valores adquiridos por meio da empatia possibilitam a abertura a valores desconhecidos pela própria pessoa, mesmo quando nos defrontamos com esferas de valores a nós antes desvelados, pois estes nos permitem termos consciência de um defeito próprio ou de uma desvalorização. Configura-se assim, uma oportunidade de confrontação de valores, que nos permite atingirmos o revelar-se de valores objetivos que para nós permaneciam não observados, auxiliando-nos, assim, a avaliar a nós próprios justamente, ao atribuirmos mais valores ou menos a nós no confronto com outros.

Stein (1999b) faz uma importante diferenciação entre Comunidade e Sociedade no que se refere ao indivíduo: “na sociedade cada um é absolutamente sozinho [...]. Já na

comunidade, domina a solidariedade” (STEIN, 1999b, p. 160, tradução nossa). Entre os sentidos emergentes na fala de Mário, uma potencialidade que encontramos no trabalho da Saúde da Família é o desejo de desenvolver atividades que tenham como base a “*solidariedade social*” (sic), compreendida por ele como um “*espaço social para discutir as problemáticas*” (sic). Esta maneira de interagir com as famílias ele aponta que necessita ser desenvolvida: “*é ai que a gente poderia atuar melhor*” (sic). Mas, o que é a Solidariedade? Bello (2000b) em um estudo sobre a “Consciência e a Solidariedade” parte de uma compreensão das obras de Stein e revela-nos que, de maneira geral, podemos chamar de Solidariedade a atitude positiva existente entre as pessoas e ela é a base para a formação de uma comunidade. A Solidariedade consiste na entrada e na atitude de um indivíduo na vida do outro, acontece onde:

[...] os indivíduos estão abertos uns aos outros, onde a atitude de um não permanece sem efeito na vida do outro, mas penetra nele e desenvolve a sua eficácia, então temos verdadeiramente uma vida comunitária, então ambos são membros de uma totalidade e a comunidade não é possível sem esta relação de trocas (BELLO, 2000b, p.62, tradução nossa).

A abertura em relação ao outro é inerente ao poder, ao desejo e à decisão de cada pessoa, em sua liberdade espiritual. Quando podemos vivenciar reciprocamente esta abertura, com atitudes positivas que proporcionam efeitos sobre a vida do outro, desenvolvendo-se conjuntamente, podemos, então, falar de uma vivência verdadeiramente comunitária pautada pela Solidariedade. O reconhecimento da empatia enquanto um ato especificamente humano e espiritual, em que eu percebo o outro diante de mim, semelhante a mim, mas singular em sua alma, possibilita olharmos cada ser humano, para além de qualquer concepção de diferenças, preconceitos e dicotomias. Não é necessário a estigmatização quando podemos olhar a partir de uma estrutura humana comum a todos, que se especializa em cada singularidade, onde, portanto, todos possuem suas particularidades, que é inerente a existência individual. Neste espaço de abertura recíproca solidária podemos, como nos sugere Mário, ir para além das especializações médicas com um olhar para a totalidade humana, “*isso não é só da área médica, ou da saúde, é uma coisa social*” (sic). O aspecto social engloba a totalidade do ser humano em suas relações associativas, fundamental para o desenvolvimento recíproco, desde que possamos considerar a diversidade de encontros, tendo como princípio básico a relação entre *Pessoas*, independentemente se nos relacionamos a partir de um contrato social ou da experiência comunitária. Isto significa que as diversas sociedades existentes nas áreas de abrangência da Saúde da Família, se concebidas a partir de relações entre *Pessoas*, podem e

devem ser consideradas e respeitadas em seus projetos humanos, seja na educação escolar, nas associações de bairro, nos grupos de cultura, nos grupos religiosos ou mesmo nas atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família em conjunto com seus moradores, como, nos exemplos dados por Mário, *“esporte como lazer, esporte para deficiente, oficina cultural com idoso”* (sic).

Outro aspecto relevante no relato de Mário é a potencialidade dos *“espaços de convivência”* (sic). Para ele, tais espaços poderiam acontecer também para aquelas *“pessoas que se sentem sozinhas...”* (sic). O confronto com o outro, que ocorre por meio da empatia, possibilita apreender a esfera dos sentimentos, como nos sugere Mário *“não é só eu que sou triste, não sou só eu que estou deprimido”* (sic), o que nos possibilita retomar a relação do indivíduo dentro de uma comunidade, em que as atitudes sociais adquirem especial importância, como, por exemplo, o amor, o ódio ou a confiança, que podemos verificar na experiência comunitária e não em uma vida conduzida pelo isolamento. Cada tipo de atitude tem um efeito, seja sobre a pessoa a qual é endereçada, seja sobre a pessoa da qual parte e ascende ao se apreender um valor. O amor, por exemplo, funda-se sobre o valor da pessoa amada, por outro lado, somente quem ama pode apreender o valor de uma pessoa de modo pleno e total. O valor da comunidade para o indivíduo consiste no fato que, por meio do confronto com outros, de acordo com a profundidade da ligação, pode-se atingir o desenvolvimento de predisposições originárias, dessa forma, o desenvolvimento pessoa. Segundo Feldes (2010), para Stein o valor da comunidade consiste em uma libertação do indivíduo de sua solidão natural e na formação de uma nova personalidade supraindividual que reúne em si as forças e as capacidades de seus singulares. Neste sentido, os relatos de Mário nos dão um exemplo do valor da comunidade, é possível perceber que *“não é só eu que sou triste, não sou só eu que estou deprimido, não é só eu que perdi o emprego, nada. Então isso muda a visão que a pessoa tem da vida, é super importante”* (sic). É na relação com outra Pessoa que podemos buscar uma forma justa de vida que favoreça a realização das singularidades, uma comunidade que ofereça a possibilidade de superar a solidão natural e de continuar o processo de amadurecimento pessoal (Feldes, 2010).

Marília, a partir da sua experiência de adoecimento do marido refere diretamente a sua própria solidão humana:

Hoje, assim, pra ele tomar um banho eu preciso tá mandando, pra trocar de roupa, às vezes tá aquele calor que não tá se aguentando, ele tá deitado aí, levanta pra tomar uma água, está escorrendo de suor... E o (marido) ele é muito ativo, é como se eu tivesse ganhado um filho, ele se tornou um filho pra mim, o mais velho (fala emocionada). E acaba, né, como eu tava falando

(fala chorando), com o companheirismo, acaba aquela aproximação que a gente tem com o marido, aquela... Sei lá, aquele comprometimento entre duas pessoas, acaba... Então eu passei a ser sozinha... Completamente sozinha, assim, em termos humanos, né, tá certo porque eu procuro sempre a companhia lá de cima... Você tem que substituir, não substituir, fazer um complemento, principalmente pra você ter aquela segurança. Porque, como diz a Doutora (médica da Unidade) “eu não sei como que a senhora aguenta” porque afetivamente, você sabe, eu sinto que ele me quer bem, tudo, mas aquela vivência de marido e mulher não tem mais. Então ele depende de mim pra tomar um banho, pra trocar uma roupa, pra se alimentar, sabe, pra tomar o remédio direito. Ele ajuda a limpar o quintal, se ele entra, toma um café [...] não existe aquela cumplicidade. Então é uma solidão muito grande. Eu me sinto sozinha então, aí você passa a trabalhar, pelo menos enquanto eu estou trabalhando, eu pratico, eu estou lendo, eu estou atrás das coisas, encontro com várias pessoas diferentes, converso com um com outro.

O adoecimento de Maurício significou a ruptura de uma relação pautada pelo companheirismo, pela cumplicidade e pelo comprometimento entre duas pessoas, entre marido e mulher, “*E acaba, né, como eu tava falando (fala chorando), com o companheirismo, acaba aquela aproximação que a gente tem com o marido, aquela... sei lá, aquele comprometimento entre duas pessoas, acaba... então eu passei a ser sozinha...*” (sic). A diminuição das trocas espirituais entre Marília e Maurício em virtude do adoecimento, propicia nela o retorno à condição de solidão humana, Marília passou a ver-se “*completamente sozinha, assim, em termos humanos*” (sic) e busca respaldo em outros contextos sociais que se mostram pouco efetivos, como a consulta com a médica, *Porque, como diz a Doutora (médica da Unidade) “eu não sei como que a senhora aguenta...”* (sic), ou em outros contextos sociais como no trabalho, em atividades culturais e na busca da relação com o outro “*enquanto eu estou trabalhando, eu pratico, eu estou lendo, eu estou atrás das coisas, encontro com várias pessoas diferentes, converso com um com outro*” (sic). Ainda assim, tais contextos parecem valorizar pouco a importância da relação humana e do sentido da perda do compartilhamento corpóreo, psíquico e espiritual vivenciado entre Marília e seu marido. No que se refere às ações da equipe de Saúde da Família, tais fatores parecem pouco reconhecidos no cuidado do outro e na interação com o sofrimento vivido pela família. Nesse sentido, ao referirmos propostas e projetos pautados pela integralidade e pela comunidade, devemos considerar a disponibilidade de abertura das pessoas que compõem as equipes e do reconhecimento do outro ser humano que está diante, compartilhando a sua dor. Isso significa legitimarmos a empatia como a percepção imediata da presença de outro ser humano semelhante a mim e poder vivenciar a empatia nas relações com as famílias. Isso significa poder compartilhar, sentir com o outro as experiências vividas, sejam de alegria ou

de dor e a busca por superar a inegável solidão humana, com a abertura para estar junto e reafirmar o ser singular de cada indivíduo, por meio do reconhecimento das limitações do humano, da existência de outro ser humano que vive e sente como eu, podendo estar junto compartilhando os motivos vitais, em busca de uma vida que auxilie a pessoa a continuar seu processo de amadurecimento humano, mesmo diante das vivências de dor e sofrimento. É na vivência comunitária que Stein afirma ser possível superarmos a solidão humana, onde também vivenciamos a alteridade, a autoavaliação e autoconhecimento e também o desenvolvimento da Pessoa. É nesta forma de interação humana que podemos refletir sobre a liberdade, a abertura e o compartilhamento livre e responsável, desenvolvendo a pessoa em suas capacidades de criatividade, expressividade e de ação, capazes de introduzir na realidade elementos novos transformadores em prol de um bem comum, nas palavras de Marília “*é o que eu entendo que eu acho que é um bem pra gente*” (sic) ou, retomando Bello (informação verbal)¹² transformando a realidade no bem e no mal, mas sendo chamado a assumir responsabilidades decisivas para si mesmo e para seu ambiente ao redor. Porém, fica em aberto ainda a pergunta: porque vemos a comunidade com um bem pra gente? O que entendemos como “*um bem pra gente*” (sic)?

Concluimos que existem diversos modos de comunidade e podemos encontrá-los nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família, como uma família, uma escola, um grupo esportivo, uma comunidade religiosa, entre outras. Mas o que as caracteriza enquanto comunidade é a possibilidade de assunção recíproca de responsabilidade, de cuidados e de afeto. Segundo Bello (informação verbal) “entre todas as formas possíveis de comunidade, a mais autêntica é a comunidade de amor, é aquela que descobre em cada alma humana a vocação para o bem, um eu ideal, o verdadeiro eu da pessoa que se realiza somente no bom comportamento” (p.13). Podemos, portanto, repensar o paralelo entre indivíduo e comunidade em conexão com aquilo que favorece a Vida. Segundo a autora, em sua singularidade, cada pessoa pode ser vista como dona da sua própria vida, pois pode aceitá-la, negá-la, promovê-la ou destruí-la, e assim a comunidade pode viver ou ser anulada de acordo com a abertura ou fechamento das relações entre seus membros, podendo, inclusive, romper seus laços de união. É nesse sentido que se torna fundamental pensarmos em práticas e atividades que promovam o desenvolvimento da vida espiritual, isto é, a assunção consciente das responsabilidades entre *Pessoas*, onde a solidariedade se realize, quando seus indivíduos possam estar abertos

¹² **A formação da pessoa, reflexões do ponto de vista antropológico.** Informação fornecida por Angela Alles Bello, trabalho de evento não publicado.

uns para os outros, quando os sujeitos não se considerarem apenas como objetos. Segundo Bello (informação verbal):

Trata-se então, de reconhecer não somente a presença de uma tendência espontânea na manutenção da própria vida e de uma abertura genérica na minha relação com o outro, mas de admitir, como nos sugere Husserl, a necessidade de um *amor ético*. Com esta expressão queremos indicar que se assume em si a vida do outro e isto pode ocorrer no plano humano, implicando uma assunção de responsabilidade recíproca através da qual não se vive somente um ao lado do outro ou com o outro, mas um no outro potencialmente e atualmente, sendo solidários em tudo, no bem e no mal.

Podemos, portanto, retomar a pergunta anterior, o que entendemos como “*um bem pra gente*” (sic)? O que é o bem? Podemos entender o Bem, em primeiro lugar, como aquilo que conserva a vida e a promove. Entretanto, conservar a vida não significa absolutizá-la, de forma a pisar nos outros, pois a abertura fundamental intrínseca ao ser da *Pessoa* deveria impedir um isolamento ou fechamento do indivíduo. *Promover*, portanto, deve significar o estabelecimento de uma relação fundamental e recíproca entre as pessoas, de modo a não desenvolvermos um comportamento no qual visamos desenvolver a nós mesmos por meio de um isolamento, mas sim por meio de um questionamento sobre nossas atitudes diante da conservação da vida, se elas favorecem ou não a vida do outro. Segundo a filósofa conservação e promoção da vida significam, portanto, agirmos por meio de escolhas e realizações que servem à manutenção da vida numa direção positiva, em que cada um deveria sentir a responsabilidade do seu viver, do viver dos outros e da vida da própria natureza. Para tal, é necessária uma reflexão ampla, que enquadre as problemáticas em uma dimensão filosófica, cujas mudanças constituem a base para a compreensão da vida, através de uma obra de educação recíproca.

4.2.2 Equipe da Saúde da Família enquanto Comunidade

Quando referimos à experiência comunitária como uma potencialidade da ESF no que se refere às ações voltadas às famílias e aos usuários, outra perspectiva se revela como contribuição para pensarmos a importância do tema da comunidade na ESF: a equipe de Saúde da Família. Ao falarmos de ações comunitárias, nossos olhares sempre se voltam para a vida dos moradores e das famílias pertencentes ao território de abrangência da Estratégia

Saúde da Família. Entretanto, o convívio entre os profissionais de saúde parece nos desvelar dados importantes para refletirmos sobre suas relações enquanto equipe. Pensarmos nos atores que compõe a Saúde da Família e que trabalham em prol de uma visão integral da saúde humana significa pensarmos em como formá-los, como podemos tornar possível um espaço de educação recíproca que atinja as comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde. Para isso, devemos dar um passo anterior, necessitamos confrontar o que encontramos nos relatos dos profissionais sobre a experiência em equipe e quais contribuições Stein pode nos oferecer no que se refere à possibilidade de constituir as equipes de saúde da Família enquanto comunidade. Isso significa que para falarmos sobre ações na comunidade, devemos, primeiramente, refletir sobre a equipe e sobre a potencialidade desta vir a se tornar, no seu cotidiano, um autêntico sujeito comunitário.

Vanessa comenta sobre a importância de um seguimento ao longo do tempo com um olhar ampliado para a pessoa e para a família e para um processo dinâmico. Para ela, esse modo de ver o trabalho exige uma atitude de segurança e tranquilidade, características essas que podem ser originadas a partir de uma formação adequada:

Mas, eu acho que assim, isso a gente só tem essa segurança, só tem essa tranquilidade quando a gente tem uma formação decente, quando a gente tem a oportunidade de ter uma formação adequada [...] é interessante que ele (supervisor de psiquiatria) nos capacita e permite que a gente atue. Ele traz um reforço positivo [...] você tem aquela discussão com especialista que ele te dá algumas informações, mas ele não te dá as informações que te permitem caminhar com as próprias pernas. E na psiquiatria, pelo menos, na residência, e na atividade que nós temos nos núcleos, o Doutor (supervisor da psiquiatria) permite que a gente caminhe com as próprias pernas, e isso é uma coisa muito legal e a gente vê os frutos disso daí pelo trabalho.

Ainda que tais percepções estejam permeadas pelos valores do modelo biomédico, orientadas à medicalização e ao tratamento sintomático, podemos apreender alguns elementos que nos auxiliam a refletir sobre quais atitudes podem ser fundantes numa relação comunitária na equipe. Vanessa, ao referir sobre sua experiência com o supervisor de psiquiatra, aponta que a relação estabelecida com ele é uma oportunidade de formação adequada, enfatiza uma capacitação que favorece uma atuação autônoma enquanto médica da equipe e oferece um reforço positivo, que são percebidas como diferentes da supervisão de outros profissionais da área médica. Segundo Stein (1999b), independentemente da forma de associação entre as pessoas, o reconhecimento da *Pessoa*, como um ser espiritual, capaz de, em sua liberdade, abrir-se ou fechar-se para o contato com o mundo, parece ser importante para iniciarmos nossas reflexões sobre a possibilidade da experiência comunitária enquanto equipe de Saúde

da Família. Mesmo as associações humanas configuradas como sociedade, no caso, o exercício da profissão na Estratégia Saúde da Família, permeadas por um objetivo comum e por uma relação individualista, podem se fundar sobre o ideal comunitário. Nesse sentido, um primeiro aspecto que devemos verificar é se entre os profissionais é possível a valorização de cada singularidade e a abertura para a discussão de concepções e valores próprios de cada membro. Podemos promover relações de abertura entre os profissionais da equipe? Quanto ao cuidado, quais valores cada um deles carregam em suas práticas? Como entendemos nossas práticas em atenção primária?

Ao considerarmos atentamente o que faz com que Vanessa perceba a atitude do supervisor como adequada, observamos a possibilidade de autonomia nas ações enquanto médica e abertura, por meio do compartilhamento, que possibilita a ela a apreensão de um bem, *“permite que a gente caminhe com as próprias pernas [...] e isso é uma coisa muito legal e a gente vê os frutos disso daí pelo trabalho”* (sic). Entretanto, uma análise dos relatos do supervisor de psiquiatria nos auxilia a refletir sobre os sentidos que estão presentes neste projeto de formação percebido por Vanessa como adequado. Segundo Fabiano:

Uma das coisas que a gente procura fazer é capacitar o médico e o enfermeiro como líderes da equipe, de tal maneira que eles possam, no sentido do atendimento da psiquiatria e da saúde mental, de tal maneira que eles possam é... Passar uma postura de... Segurança e de confiança para os auxiliares de enfermagem e para os agentes comunitários de saúde, porque essa é uma das questões principais dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de enfermagem, quer dizer, eles precisam sentir que o médico e o enfermeiro, como profissionais de nível superior do PSF, têm uma resposta, né, a situações angustiantes, estressantes, que eles vêm no dia a dia deles, nas visitas domiciliares, nas orientações que eles fazem para as pessoas e para as famílias.

Um primeiro aspecto a ser destacado nos relatos de Fabiano é que, embora a formação caminhe para o desenvolvimento *“de uma postura de... segurança e de confiança”* (sic), existe, na prática, uma concepção pautada por uma hierarquia de saberes, na qual os profissionais de nível superior, como o médico e o enfermeiro, são legitimados como aqueles que possuem o conhecimento, em detrimento dos demais membros, percebidos como inseguros e não aptos para lidar com o sofrimento das famílias. Além disso, os profissionais de nível superior, a partir de um saber hierarquizado, são considerados aptos a encontrar respostas às situações angustiantes e estressantes. Devemos considerar, porém, que o confronto com a subjetividade envolve questões que vão além de uma lógica resolutiva. Na perspectiva do psiquiatra, a formação universitária é percebida como detentora da

possibilidade de solucionar a angústia e o estresse que a equipe encontra no contato com as famílias, desconsiderando a subjetividade humana, imprevisível e única. Os demais membros, por exemplo, o agente comunitário de saúde e o auxiliar de enfermagem, são percebidos como inseguros na relação com as famílias, entretanto, tal insegurança surge diante de uma concepção de ser humano que considera o sofrimento passível de resolução imediata, desvalorizando a possibilidade de estar junto nas limitações humanas como um instrumento legítimo do cuidado: “*profissionais de nível superior do PSF, têm uma resposta, né, a situações angustiantes, estressantes, que eles veem no dia a dia deles, nas visitas domiciliares*” (sic). Destacamos, ainda, que tal concepção pode gerar nos profissionais de nível superior uma sobrecarga, uma vez que são imbuídos da responsabilidade de saberem, de deterem as respostas para as diversas problemáticas encontradas no contexto da saúde da família, o que pode gerar uma atitude defensiva de responder as dificuldades estritamente através dos conhecimentos técnicos adquiridos na universidade. Além disso, a crença de que são aptos a resolver tais demandas gera, nos demais profissionais, como agentes e auxiliares, uma relação de dependência e de pouca valorização do saber popular. Nesse sentido, questionamos se as interações entre os profissionais estão consonantes com a definição de equipe de Saúde da Família, na qual, segundo o Ministério da Saúde, o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e de conhecimentos entre seus integrantes, e também desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2011).

Embora Vanessa destaque a atitude positiva do supervisor diante de suas ações na área médica “*Ele traz um reforço positivo*” (sic), questionamos se tal reconhecimento reflete também nos demais membros da equipe, com a validação dos diversos saberes em suas singularidades. Para propormos um trabalho em equipe com o ideal de autêntico sujeito comunitário, devemos considerar a importância dos atos sociais positivos, de reconhecimento, suporte ao outro e confiança, que propiciam um desenvolvimento mútuo ao legitimar o *ser* de cada profissional, independentemente se é um médico, um agente comunitário de saúde, um auxiliar de enfermagem, ou um morador da região. Isso significa que a ênfase deve ser no saber e na experiência, próprios de cada pessoa, nos respectivos potenciais de cada existência, no reconhecimento do ser humano enquanto um *ser* com potencialidades e limitações, inerente a cada singularidade.

Ao compreendermos a estrutura da vivência comunitária e a importância da relação entre indivíduo e comunidade, é relevante observarmos as potencialidades dos elementos constitutivos da psique em tal estrutura. Os relatos de Vanessa ao afirmar que “*Ele traz um*

reforço positivo (...) você tem aquela discussão com especialista que ele te dá algumas informações, mas ele não te dá às informações que te permitem caminhar com as próprias pernas” (sic), sinaliza para um suporte diferenciado oferecido pelo psiquiatra em relação aos demais profissionais especialistas às equipes de Saúde da Família. Para Vanessa, o psiquiatra *“te dá algumas informações”* (sic) e também *“que te permite caminhar com as próprias pernas”* (sic) o que nos remete à possibilidade de liberdade e compartilhamento espiritual. Tais relatos ilustram a potencialidade da força vital presente nos atos sociais positivos, do compartilhamento espiritual e da autonomia nas ações, elementos estes que podem alimentar o Sujeito Comunitário e tornarem-se fonte de força para seus membros, como definido pela fenomenologia. Entretanto, essa atitude só pode legitimar uma real experiência comunitária se estiver presente genuinamente entre todos os membros que compõem a equipe.

Em continuidade com o sentido emergente da fala de Fabiano, que nos informa sobre a hierarquização do saber e sobre a capacitação para a resolução das problemáticas humanas, Mário, em seus relatos, refere como percebe os valores que permeiam as práticas na área da saúde e na sociedade atual. Auxilia-nos a refletir sobre a valorização da busca por “soluções”, como objetivo almejado dos profissionais da saúde.

[...] a área da saúde, ela tem uma mania assim de achar que ela é a solução para a vida. Mas ela não é a solução para a vida, coisa nenhuma. No máximo a gente dá parte da solução para as doenças, né, parte... Porque também tem um monte de coisa que a gente não resolve. [...] grande parte da área da saúde trabalha desse jeito, achando que vai acontecer alguma coisa que vai acabar com o diabetes, vai acabar com a hipertensão, vai acabar com o cansaço, vai acabar com a dor, vai acabar com tudo quanto é coisa, e não vai acontecer isso. Então eu acho que o caminho que a gente tem que trabalhar aqui não é esse. [...] mudando essa maneira de ver as coisas eu acho que a gente consegue alguma coisa, mas senão... Nós vamos passar a vida inteira só vendendo... a gente vira mais vendedor de medicamento do que eles, e nós somos os grandes vendedores da indústria farmacêutica [...] Então, aí, o Sistema de Saúde é assim.

Mário faz uma crítica ao relatar suas percepções a respeito das ações em saúde. Afirma que a área da saúde busca soluções para a vida, com uma prática centrada na medicalização das problemáticas, no alívio momentâneo dos sofrimentos humanos e no consumismo de insumos que propiciem o alívio da dor em busca do prazer imediato. Perceber o mundo, de acordo com a fenomenologia, significa apreender algo que se mostra a nós de modo sensível. A percepção externa está fundada sobre a sensibilidade, mas a qualidade de tais percepções, como duração, conservação, memória, entre outros, pertence ao indivíduo que a vivencia. Após percebermos o mundo, podemos aceitá-lo e então, realizamos uma movimentação em

direção à ação. Nesse sentido, as diversas percepções encontradas nos relatos sobre as experiências de saúde mental, surgem como possibilidade de propormos uma postura de abertura, de confronto aos valores pré-concebidos e de um (re) posicionar diante da apreensão sensível aos valores objetivos, para que então, a equipe possa se colocar em movimentação em direção a ações compatíveis com o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011):

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Segundo o Ministério da Saúde, a consolidação da ESF precisa ser sustentada por um processo que substitua o modelo centrado na doença, que se volte para qualidade de vida da população assistida. Para a fenomenologia, a percepção sensível constitui as capacidades psíquicas inferiores, mas, no que se refere à estrutura da vivência comunitária, ela não está presente diretamente no sujeito comunitário, ainda que seus membros possam, com suas singularidades, portar certas características que determinam o caráter da comunidade. Mas, entre as capacidades psíquicas superiores que encontramos nos indivíduos, como, por exemplo, a intelectual, outra dimensão presente na estrutura da vivência comunitária pode ser considerada, que é a espiritual. Esta última se refere ao fazer e agir e que nos diz não apenas sobre como apreender o mundo perceptível sensivelmente, mas também se refere ao correlato do mundo das ideias em que a comunidade vive. Isso significa que, para que uma nova ótica nas ações de Saúde ocorra, é necessário legitimar não apenas o saber médico, que visa a cura e o tratamento das doenças, mas também o mundo das ideias, apreendido pela comunidade da SF. Nesse sentido, o mundo das ideias deve ser elaborado e não depende somente das capacidades operativas intelectuais, mas também do modo em que os indivíduos e as comunidades se colocam em ação e se comportam no agir. Isso nos revela a importância de concebermos uma formação na qual os sujeitos envolvidos possam pensar sobre suas ações e comportamentos, sobre qual definição de pessoa perpassa suas práticas em saúde, qual é a perspectiva antropológica, quais valores pessoais subjetivos existem em cada atuação e quais valores devem ser incentivados no processo de formação condizente com uma proposta de

saúde ampliada, que propicie uma atenção às famílias pautadas na experiência profissional “segura e tranquila” (sic), como nos apontou Vanessa.

Mário refere que “o caminho que a gente tem que trabalhar aqui não é esse” (sic). Vanessa, por sua vez, valoriza a liberdade e abertura, bem como a experiência de reconhecimento da atuação profissional. Para ela, o supervisor de psiquiatria “nos capacita e permite que a gente atue. Ele traz um reforço positivo” (sic). Tais relatos apontam a necessidade de novas compreensões e a importância do reconhecimento da *Pessoa* em sua liberdade e abertura, o que sugere a possibilidade, ainda que sutil, do rompimento da ótica biomédica, que fundamenta os ideais de formação e de cuidado. Mário, a partir de seu olhar crítico à área da saúde e ao Sistema de Saúde, refere a necessidade de transformação das concepções “mudando essa maneira de ver as coisas eu acho que a gente consegue alguma coisa” (sic). Mas, para que isso se efetive, torna-se necessário que todos sejam considerados em suas singularidades e riquezas, possam promover uma elaboração conjunta do mundo das ideias presentes nos territórios de abrangência da SF e dos objetivos práticos das ações e comportamentos.

Retomando o relato de Fabiano, “segurança e de confiança (...) essa é uma das questões principais dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de enfermagem, quer dizer, eles precisam sentir que o médico e o enfermeiro, como profissionais de nível superior do PSF, têm uma resposta” (sic), ao lado da hierarquia profissional e da solução para as problemáticas humanas, em detrimento da possibilidade de acompanhar a pessoa em suas adversidades, para além da necessidade de resolução imediata, outro aspecto que se revela é a concepção dos demais membros da equipe de saúde, em especial, do agente comunitário de saúde (ACS). Vitória refere, em seus relatos uma experiência de sofrimento e angústia pessoal, que se amplia no trabalho de agente comunitária. Segundo suas percepções:

[...] às vezes a gente sente um pouco limitado nas ações, às vezes a gente quer resolver e é o trabalho da equipe. [...] tem que ter essa flexibilidade para trabalhar junto e os resultados são pequeninhos [...] E a gente fica angustiada, porque a gente tá ali todo dia na rua vendo, vivenciando os problemas das pessoas e a gente fica aflito porque a gente quer resolver e nem sempre e assim, né, então é aquela coisa que a gente tem que parar, respirar fundo, perai, não é assim, vamos devagar, vamos ver o que der pra resolver a gente resolve, o que não der paciência, mas é uma angustia pra gente, não só pra mim, acho que pra todas as agentes comunitárias, aquele medão com algumas famílias complicadas, e aí fica com aquela coisa, nossa, eu queria tanto ajudar e não consigo! É por aí...

Segundo as falas de Fabiano, “*profissionais de nível superior do PSF, têm uma resposta*” (sic) e de Mário, em que “*a área da saúde, ela tem uma mania assim de achar que ela é a solução para a vida*” (sic), a necessidade de “*resolução*” dos problemas da vida é também percebida por Vitória, que se vê angustiada diante do desejo de ajudar as famílias e da percepção de limitações para resolver os conflitos que encontra no cotidiano do trabalho: “*a gente fica aflito porque a gente quer resolver e nem sempre e assim*” (sic). Diante da aflição, da angústia, da necessidade de resolução do sofrimento, Vitória aponta como percebe a relação e suporte da equipe diante das suas experiências:

Então, complicado... Fica eu e os meus problemas, quando eu consigo... Tem o espaço na equipe para chegar e dizer "olha eu tô aflita por causa disso, disso e disso, só não sei como ajudar. E algumas pessoas que dizem "olha, o fica tranquila, isso não é seu, o que é seu a gente ta tentando resolver, e vai encaminhar conforme forem as situações", o resto, essa angústia gente não sente mais. Mas, tem momentos em que a gente não tem espaço, né, aí a gente fica angustiada.

Vitória divide com a equipe os motivos de suas angústias e de suas aflições. A equipe, por sua vez, posiciona-se no papel de discriminar o que é da subjetividade de Vitória e o que é pertencente à família, numa tentativa de tranquilizá-la: “*o fica tranquila, isso não é seu, o que é seu a gente ta tentando resolver, e vai encaminhar conforme forem as situações*” (sic). Mantém-se o posicionamento de tentar resolver, de encontrar uma solução para o sofrimento de Vitória, mas tal posicionamento ameniza a angústia, embora não se mostre, de fato, efetiva. Em muitos momentos o que pode ser feito é estar disponível para o outro numa atitude de abertura para estar junto no seu sofrimento.

[...] agente comunitário é pau pra toda obra, qualquer coisa é o agente comunitário [...] dá impressão assim... Nossa, que bom que eu sirvo pra muita coisa... Tudo eu? Você fala “tudo eu, tudo eu, tudo eu”? Mas, você vem fazer aqui o que é da sua competência, né... Aí o que não é do seu núcleo de competência você pode se dar ao luxo de falar “isso eu não vou fazer e isso eu vou fazer”. Mas no geral ninguém reclama. Todas as agentes tira prontuário, guarda prontuário, atende telefone, faz acolhimento, quando a faxineira está de férias a gente dá uma geral, todo mundo se ajuda, sabe, se um agente comunitário ta com problema a gente se junta, vamos ajudar, no geral a gente trabalha bem assim.

Quando Vitória refere que “*agente comunitário é pau pra toda obra*” (sic) emerge a pergunta sobre qual é o papel do agente comunitário? Se de um lado temos os profissionais com curso superior que carregam a crença da necessidade de “*resolver*” o sofrimento humano,

o que cabe, então, ao agente comunitário de saúde? Temos como especificidade da Estratégia a inclusão do agente, que foi incorporado à equipe e se difere dos demais por não ser da área da saúde e nem possuir necessariamente uma formação superior. Em termos práticos, ele transita em diferentes agrupamentos humanos, seja na sua própria família, na sua equipe, nas casas das famílias, nas escolas, nos espaços religiosos ou então no convívio entre as agentes. Segundo os pressupostos do SUS (BRASIL, 2011), ele é considerado o elo entre comunidade e equipe, o responsável pela visita cotidiana às casas das famílias, entrando diretamente em contato com grande diversidade de situações. É o responsável por identificar problemáticas familiares e comunicá-las à equipe, a qual deve oferecer o suporte e o espaço reflexivo da multidisciplinaridade. Tem como pré-requisito ser um morador da região de abrangência da SF, a fim de estreitar tal elo, possui um convívio e conhecimento presencial da realidade da área, o que muitas vezes, vem representando uma grande dificuldade psicológica, pois há maior envolvimento também com os sofrimentos que encontram nas casas visitadas (BRASIL, 2011).

Segundo Vitória, *“todas as agentes tira prontuário, guarda prontuário, atende telefone, faz acolhimento, quando a faxineira está de férias a gente dá uma geral, todo mundo se ajuda, sabe, se um agente comunitário ta com problema a gente se junta, vamos ajudar, no geral a gente trabalha bem assim”* (sic). Vitória nos desvela a reprodução do modelo hierárquico de valorização do saber especializado em detrimento do saber informal. Diferentemente das percepções de Vanessa sobre a importância do reconhecimento de suas ações, neste caso, encontramos uma desvalorização da potencialidade presente na função do agente comunitário de saúde. Ela refere também a ajuda entre as agentes da sua equipe, seja na organização do espaço ou no enfrentamento do sofrimento. Vitória percebe a *“ajuda”* (sic) como a possibilidade de estar junto e de melhorar a autoestima do outro:

O que ajuda? É saúde, o que eu fiz pra conseguir isso? É conversa, só de conversar [...] a gente começa a explicar para as pessoas, então o ato de você ir fazer uma visita, conversar com a pessoa, e você conseguir botar, estampar um sorriso no rosto dela, pra gente já é efeito, independente de ter falado “nossa, o cabelo daquela artista é horroroso, não sei o que” [...] não importa o assunto, com tanto que ela melhore a autoestima, pra gente o importante é saúde, pra gente é ta beleza. (ri)

Ela compreende ajuda como a possibilidade de promover saúde. Segundo suas percepções, *“ajudar”* (sic) é poder estar junto, conversar com a pessoa, desenvolver a autoestima. Ela apresenta, através de suas experiências singulares, outra perspectiva de

cuidado, que não está centrada na cura do sofrimento e na resolução dos conflitos. Reconhece a possibilidade de estar com o outro, com suas singularidades e necessidades, independentemente de aparatos técnicos que buscam respostas imediatas para as situações vivenciadas. Por outro lado, refere vivenciar uma aflição diante de situações em que julga não poder ajudar, e desconsidera o valor de ter alguém que possa seguir o outro no seu sofrimento, estar junto com tais pessoas: *“tô aflita por causa disso, disso e disso, só não sei como ajudar”* (sic). Retomamos, portanto, a ênfase dada à necessidade de resolução dos sofrimentos, que, quando não acontece, provoca a aflição e a angústia diante da impossibilidade de estar com o outro também nos momentos de limitação e dor.

É nesse contexto que Vitória procura tanto a equipe quanto as demais agentes para amenizar a angústia vivenciada diante das suas limitações para resolver o problema do outro. Ela refere que encontra suporte entre as agentes comunitárias para enfrentar os sofrimentos cotidianos, relatando sua experiência de ajuda mútua, de escuta e de cooperação entre elas:

Pelo menos entre as agentes comunitárias tem uma integração bem boa mesmo, de vez em quando sai uns atritos, mas a gente resolve e está tudo certo [...] faz um tempo que trabalha o mesmo pessoal, se dá bem... Isso é importante, até pra dar continuidade no desenvolvimento do trabalho. [...] eu acho que isso contribui pra gente conseguir bons resultados, na relação da gente, se a gente não se der bem aqui, ixi, não tem jeito, ou você se dá bem, ou você se dá bem... Mas é... É tranquilo isso, não é forçado, a gente se dá bem porque se dá bem mesmo, quando tem uma desavença a gente acerta... e vai tocando o barco, e a gente está sempre tentando ajudar um ao outro.

É no convívio entre agentes comunitários que Vitória encontra suporte e compartilhamento, *“a gente se junta, vamos ajudar, no geral a gente trabalha bem assim”* (sic). Vimos que para Stein, a constituição da comunidade não se dá apenas com um conjunto de indivíduos juntos, mas está ligada à compreensão recíproca de pessoas livres, quando as agentes de saúde se oferecem espontaneamente umas às outras, quando estão reciprocamente abertas e não são vistas como objetos, mas sim sujeitos, esta é uma das bases para o início de uma vida comunitária. Pessoas livres no sentido de que exercitam suas dimensões reflexivas espirituais e podem ter controle dos impulsos psíquicos e o reconhecimento do seu ser corpóreo vivente. Vitória parece notar a importância do vínculo estabelecido ao longo do tempo, do apoio encontrado entre as demais agentes e na ajuda mútua *“é tranquilo isso, não é forçado, a gente se dá bem porque se dá bem mesmo, quando tem uma desavença a gente acerta... e vai tocando o barco e a gente está sempre tentando ajudar um ao outro”* (sic). Nesse sentido, podemos pensar na possibilidade de favorecer a relação entre profissionais de

Saúde da Família como uma experiência comunitária, de suporte, solidariedade, de discussões e posicionamentos diante das situações do cotidiano, do acompanhamento das experiências vividas no trabalho, sem a pretensão de resolver/acabar com o sofrimento do outro, mas sim de colocar-se diante do outro como sujeito da vida e das experiências cotidianas que são imprevisíveis e inéditas, de se deparar com a limitação, com os medos e inseguranças, com a possibilidade de questionarmos também o que é o sofrimento humano? Retoma-se assim, a necessidade de que possamos refletir acerca das concepções e valores dos profissionais que compõem a equipe. Os serviços de saúde lidam com a fragilidade do homem e, neste sentido, teriam como responsabilidade reconhecer, tanto suas limitações, quanto suas potencialidades, ajudar as pessoas a entenderem as próprias vidas, a lidar com a dor e com o sofrimento, sem negá-los enquanto parte da experiência humana.

Destaca-se, neste contexto, a necessidade de repensarmos as práticas baseadas na hierarquização do saber, em prol da legitimação das diversidades, inclusive dentro do contexto da equipe, em que todos possam ser reconhecidos em suas especificidades e incentivados em suas singularidades. Ao rompermos as barreiras impostas pela hierarquização do saber, medicalização dos sintomas e resolução dos conflitos humanos pautados pela supressão do sofrimento, podemos olhar abertamente para qual seria o eixo de trabalho do agente comunitário de saúde, o que vem a ser um ideal de plena realização, no que devemos embasar uma formação que oriente o agir comunitário? A atuação comunitária parece ser um caminho que nos possibilita aprofundar no *ser* do agente comunitário. Se compreendermos comunidade como uma unidade de vida que pode ser analisada a partir da sua estrutura vivencial, podemos entendê-la através de uma dimensão psíquica objetiva, onde se revela a força vital e a expressividade deste *sujeito*, ou seja, desta multiplicidade de *eus* que compõe um único ser, que chamamos por sujeito comunitário. Segundo Stein, (1999b) uma pessoa pode pertencer a diversas comunidades e pode ofertar e receber a força vital sem exaurir-se. Encontramos, dessa forma, um terreno fértil para uma unidade de vida, para uma vida comunitária que se alimenta em uma única fonte, que é o *sujeito comunitário*, mas que é constituída por indivíduos que pertencem a diferentes comunidades. O agente comunitário pode ser, portanto, aquele que vivencia diretamente as experiências e conhecimentos no cotidiano, quem procura compreender as estruturas das comunidades acompanhadas, aquele que pode analisá-las a partir de uma dimensão psíquica e espiritual, verificando potencialidades e fragilidades, legitimando assim, as experiências imediatas percebidas no contato com os moradores, em conjunto com os demais profissionais da equipe. É no compartilhar e na reflexão conjunta entre os membros da equipe, no confronto de valores e de

percepções de médicos, de enfermeiros, de auxiliares, de dentistas, de profissionais de apoio, bem como do agir em comunidade deste membro da equipe, que se torna possível uma prática conjunta a partir de um sujeito comunitário. O ACS, em conjunto com uma equipe (compreendida como um *sujeito comunitário*) pode ter reconhecido o seu papel de transitar entre as comunidades já consolidadas ou mesmo de auxiliar na constituição de novos espaços de associação entre as pessoas, que tenham como fundamento os princípios da comunidade. As diversas comunidades existentes nos territórios de abrangência da Saúde da Família, moradores ou equipes, quando olhadas sob o aspecto de uma unidade de vida que possui uma estrutura, podem ser apreendidas enquanto uma personalidade única, com uma força vital e uma expressividade psíquica, que se configura a partir da união das forças vitais e das livres expressões das singularidades. O agente comunitário pode contribuir ativamente na constituição dessa personalidade global, auxiliando no nascimento de novos vínculos comunitários entre os moradores, refletindo sobre como está se desenvolvendo a força vital deste grupo, observando se os participantes podem exprimir a si mesmos livremente, em uma relação de respeito mútuo. O que mantém o desenvolvimento de uma comunidade é a possibilidade de a mesma se revelar plena de forças, solidamente constituída, valorizada por seus membros em um movimento de enraizamento cada vez mais profundo, complementando a sua força. Se ela é constituída por pessoas que a vivem interiormente, profundamente, então podemos dizer que esta comunidade é vivida a partir da alma, e, portanto, possui uma alma. A vida da comunidade não se define somente a partir das vivências e ações exteriores, da concretização de objetivos comuns, ela possui também um ser interior que oferece uma coloração específica a cada interação. Dessa forma, torna-se fundamental pensarmos a formação do agente comunitário de saúde a partir do que vem a ser o “agir comunitário”, com ênfase na compreensão das diversas formas de associações humanas e da consolidação de espaços de relacionamento entre *Pessoas*, com respeito mútuo às singularidades e à liberdade, com a abertura diante do outro e a solidariedade. O agente comunitário, em conjunto com a equipe, pode legitimar seu conhecimento no que se refere ao viver comunitário, estar atento à maneira como os participantes interagem nos grupos de promoção de saúde fundamentados no ideal de comunidade, isto é, se este grupo é cotidianamente valorizado e apreciado por seus indivíduos, se está fundamentado em atos sociais positivos, como por exemplo, a admiração, o comprometimento, a responsabilidade e o amor, observar se o grupo é cercado pelas satisfações advindas de um impulso interior dos participantes. Mas, tais características devem também ser observadas na relação entre os profissionais, se presentes já na constituição da

equipe enquanto uma equipe comunitária, de *peessoas* livres, solidárias e preocupadas com a realização de si e dos demais membros.

Mesmo que as práticas ainda estejam fundamentadas no modelo biomédico, os relatos evidenciam, ainda que timidamente, o potencial de efetivar o convívio comunitário na equipe. Vanessa, ao enfatizar a importância da capacitação em saúde mental na atenção primária, acrescenta a necessidade do estudo das patologias, da relação médico-paciente, da postura, mas também de um relacionamento com a equipe de saúde mental caracterizado pela abertura.

[...] eu acho que o mais importante em saúde mental na atenção primária é a capacitação, porque o que a gente vê é que a atenção primária é muito subutilizada como ferramenta pra... Mesmo pra promoção e prevenção de patologias em saúde mental, não só para cura e reabilitação [...] estudar mesmo as patologias, é você estudar a relação médico-paciente, é você estudar postura, é você ter uma conversa com a equipe de saúde mental, um relacionamento com a equipe de saúde mental, um suporte da equipe de saúde mental, é aquela coisa que a gente faz até hoje, tem uns pacientes que às vezes eu atendo e fico na dúvida e ligo no celular do supervisor [...] é você ter alguém só para dividir [...] essa relação estrita entre saúde mental e atenção primária [...] E eu acho que essa relação é fundamental. [...] O objetivo é a capacitação da equipe de saúde da família pra que ela de conta, né, de cuidar do pacientes.

Ainda que tal formação esteja centrada em um aspecto técnico, “*estudar mesmo as patologias*” (sic), a Equipe de Saúde da Família parece portar em sua constituição a potencialidade para o desenvolvimento de uma Equipe enquanto uma vivência comunitária: “*é você ter alguém só para dividir [...] essa relação estrita entre saúde mental e atenção primária [...] E eu acho que essa relação é fundamental*” (sic). Tal relato parece importante para pensarmos em como constituir os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASFs. Para além do aspecto técnico, especializado, ressaltamos a necessidade de partirmos de uma concepção de *Pessoa*, em termos fenomenológicos. Uma compreensão das estruturas constitutivas do ser humano, como nos propõe Stein, que construa uma prática pautada por uma definição estrutural do ser humano em suas constituições corpórea, psíquica e espiritual, que possui uma alma intrínseca a individualidade de cada *Pessoa* e que precisa se relacionar, precisa estar aberta para a relação com o interno, com o externo e com o outro. Dessa forma, parece importante pensarmos em uma relação entre NASFs e Equipes que favoreça um embasamento sobre quem é este ser humano, seja quem cuida ou quem é cuidado, e quais aspectos podem ser promovidos na relação com o mundo e com as pessoas, de forma que se respeite às singularidades inerentes a cada individualidade, seja de um agente comunitário de saúde, de um médico ou de um assistente de enfermagem, seja de uma pessoa sadia, ou com

sofrimentos corpóreos, psíquicos ou espirituais, seja de um indivíduo, de uma sociedade ou de uma comunidade.

Vitória também relata a necessidade de suporte para sua fragilidade, angústia e aflição diante da dificuldade em ajudar e em resolver o sofrimento das famílias. Vê no profissional psicólogo a oportunidade de ajuda para enfrentar as situações de sofrimento, através de reuniões semanais para conversar:

A tendência é por um ponto nessa fragilidade que eu te falo tanto [...] a gente fica bem sensível, por isso que eu acho importante a gente tentar essa supervisão aí... Tentaram fazer um trabalho desse com a gente. De uma psicóloga, de a gente sentar pelo menos uma vez por semana e a gente conversar, fazer uma dinâmica, uma coisa assim, pra gente distrair um pouco, da uma desanuviada [...] não ficar tão angustiada, de tentar resolver as coisas, de afastar um pouco os problemas e não deixar... Não transferir aquilo pra nossa vida... Acho que é isso, né... (ri).

Nesse sentido, a criação de um espaço de acolhimento e reflexão sobre as angústias vem sendo reafirmada como uma necessidade, como nos aponta Vitória em seus relatos. Este espaço pode ser constituído a partir de uma vivência comunitária genuína entre os membros da equipe, como comentamos acima. Nesse aspecto, é fundamental refletirmos sobre a forma de organização que encontramos nas relações entre os profissionais, se é uma organização de massas, de pessoas uniformizadas sem a livre expressividade, ou se é uma organização de sociedade, em que as pessoas estão fechadas em si mesmas e não disponíveis para o compartilhamento. Entendendo a forma de organização da equipe, podemos nos questionar sobre a possibilidade de consolidar, de fato, uma vivência comunitária com um sujeito comunitário (a equipe). Mas também podemos pensar na importância dos Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família, já preconizados, como suportes fundamentados na prática reflexiva e espiritual, que legitime as subjetividades, com o desenvolvimento de grupos de supervisão que possam abranger não só os aspectos técnicos médico-centrados, mas também uma perspectiva de compreensão do ser humano e das relações humanas.

Fabiano também complementa seus relatos sobre os aspectos da formação em saúde mental nas equipes de Saúde da Família e aponta a necessidade de cuidar da saúde mental da equipe por meio de espaços de compartilhamento:

[...] eu acho que uma das coisas fundamentais, eu acho que... Em termos profissionais, é o compartilhamento mesmo. Quer dizer, ah... Ainda mais quando você vai trabalhar com o pessoal do PSF, quando você vai trabalhar com o pessoal de uma assistência primária de boa qualidade, compreensiva e integral mesmo, a quantidade de problemas que você vai enfrentar junto com

eles é enorme. Então, quer dizer, o compartilhamento dessas situações, ah... A questão de ter claro que ah... Ninguém é capaz de resolver todas as coisas sozinhas, e nenhum tipo de serviço é capaz de atender a todas as demandas sozinhas, quer dizer, esse compartilhamento dos problemas, e, portanto, o compartilhamento das satisfações e do sucesso é uma coisa fundamental pra gente lidar bem, em termos do trabalho profissional com... É... Com a nossa saúde mental.

Para além de um modelo baseado na hierarquia do saber e na resolução imediata dos sofrimentos humanos, Fabiano considera que uma das coisas fundamentais para a manutenção da saúde mental dos profissionais é a possibilidade de compartilhamento, de compartilhar as diversidades de situações encontradas pelas equipes de SF, sejam estas de sucesso ou problemáticas e, ainda, a capacidade de refletir sobre as limitações diante do cuidado e da resolução de problemáticas. O compartilhamento surge, portanto, como um dos elementos fundamentais do contato entre equipes de apoio e equipes de saúde da Família e da manutenção da saúde mental dos profissionais envolvidos.

Mário, nos relatos anteriores, apontou a necessidade de mudança do modo de ver a saúde “*mudando essa maneira de ver as coisas eu acho que a gente consegue alguma coisa*” (sic). Valéria também faz referência à percepção de mudança de atitude diante do contato diário com a equipe de SF, afirmando que a valorização das relações pode fortalecer uns aos outros. A possibilidade de compartilhamento dos estados vitais nos faz pensar sobre a manifestação da força vital comunitária e a constituição de uma unidade supraindividual como experiências significativas para a individualidade.

Eu acho que muda mais é mesmo a percepção de olhar para aquilo, pensando de uma forma diferente, daquilo que talvez a gente não valorizasse tanto, de... De pensar a importância dos relacionamentos, da forma de valorizar mesmo discussões, de... Que a gente não... Talvez não pensasse muito assim... [...] Até pelo fato de a gente trabalhar sempre tudo em equipe, então eu tenho manias de fazer alguma coisa e consultar e... e... Perguntar... E entrar assim... Você quer isso, a outra pessoa quer aquilo, e como faz o meio termo, como que a gente faz, né. E pensar em projetos de vida, pensar em poder... Pensar mesmo essas coisas, eu acho que a vivência do trabalho, a vivência de poder olhar pra famílias com tantos problemas faz a gente refletir um tanto mais nisso, de pensar quais são os meus projetos de vida, pensar em planejar, em... Em... Me fugiu agora a palavra, mas essa coisa de a gente é... Não é entrar em acordo... mas... Poder discutir os assuntos ponderando mais uma coisa, ponderando outra, sabendo mais de um lado, pra não ficar uma coisa, ou só aquilo, né, é só aquilo que eu quero, mas como que a gente pode fazer alguma coisa juntos, acho que... Essa vivência em equipe traz muito isso pra gente, no dia-a-dia, e eu acho que dá saúde mental, pensar também o tanto que a gente pode é... Viver situações de estresse e lidar com o estresse de forma que a gente não adoça.

O trabalho em equipe, como pressupõe a Estratégia Saúde da Família, quando concretizado como uma vivência conjunta, pode refletir em uma mudança de atitude, em que a percepção de olhar para o externo se transforma, possibilitando uma nova valoração dos relacionamentos, das reflexões conjuntas, ponderando opiniões, com o exercício da escuta e do compartilhamento de experiências, resultando em um crescimento mútuo. Ampliar essa vivência no trabalho e olhar as famílias em suas diversidades e problemáticas parece provocar a reflexão sobre a constituição de projetos de vida, do fazer “juntos”, auxiliando, inclusive, a lidar e enfrentar as situações de estresse. Entrar em contato com o sofrimento e com a diversidade pode promover uma aprendizagem acerca do ser humano e da vida, se as pessoas puderem se abrir neste caminho. Promove um olhar para como a própria vida é constituída, as escolhas, os projetos e as responsabilidades próprias em relação ao viver. A partir de questionamentos sobre os sentidos atribuídos a vida, é possível estar junto, auxiliando nestas reflexões acerca dos sentidos das experiências.

A confiança e os atos positivos em geral não consomem a nossa força vital, e tal força está enraizada no núcleo da alma, na parte mais particular e pessoal de um indivíduo, e representam a possibilidade de aumento de força, no qual podemos nos nutrir e nutrir as demais pessoas. Trata-se de uma fonte de força inexaurível. Nesse sentido, a vivência comunitária na Estratégia Saúde da Família deve ser compreendida para além das atividades com os familiares e usuários dos serviços. A possibilidade de constituir um *sujeito comunitário* que se forma a partir de vivências individuais, com o domínio da alteridade e da solidariedade deve iniciar na *equipe*, pensando as relações e confrontações entre profissionais como a consolidação de um fluxo de vivências comunitárias que irão atingir um grau único de expressividade, um modo de ser singular da equipe, entendida como sujeito comunitário, em sua unicidade e riqueza. Isso significa reforçar os laços comunitários não apenas com os usuários, mas na constituição da equipe. A partir do momento em que a equipe se vê como um sujeito comunitário, esta pode, de fato, expressar livremente o seu *ser comunitário* na relação com os usuários, ajudando-os a consolidar espaços de vivências comunitárias.

A comunidade entendida como pessoa é uma unidade de singulares pessoas autônomas e espirituais, seus membros participam com a alma da vida comunitária, todos são conscientes da própria condição de membros e da própria responsabilidade na e para a comunidade. Concluimos, portanto, que a comunidade também possui a dimensão espiritual. Para tanto, na dimensão do espírito, devemos encontrar a consciência da responsabilidade, em que as pessoas vivem conscientemente como membros e se sentem reciprocamente

responsáveis pela comunidade. Nesse sentido, é importante realizarmos um trabalho de verificação em relação ao desenvolvimento espiritual da comunidade e do nível de responsabilidade que os participantes estão assumindo no percurso conjunto. A responsabilidade deve ser analisada a partir da possibilidade de constituir grupos autônomos, livres e que sintam, voluntariamente, a necessidade de uma responsabilização mútua. Tal consciência não precisa necessariamente pertencer a todos os seus membros, e nem todos eles precisam ser plenamente conscientes ou viverem com suas almas. Mas, ela deve possuir membros que a construa a partir da sua própria vida comunitária, ou seja, mesmo onde não encontramos a espiritualidade livre, a vontade e a responsabilidade, ou seja, a plena personalidade, é ainda possível uma vida comunitária, como pode acontecer, por exemplo, numa escola entre crianças e professores, quando estes se consideram responsáveis pelo desenvolvimento dos demais. Podemos acrescentar também, a possibilidade de comunidades que acolham as diversidades do ser da pessoa, sejam estas portadoras de deficiências corpóreas, psíquicas ou espirituais, desde que os demais membros possam reconhecer os aspectos singulares presentes nestes indivíduos humanos. Nesse sentido, podemos esboçar algumas reflexões sobre a consolidação de espaços que olhem para o ser humano em sua singularidade, para além de questões que apontem para as dicotomias de inclusão/exclusão, inserção/isolamento ou discriminação e estigmatização na ESF, olhando também para a necessidade de uma formação que supere os modelos biológicos; na busca de concepções que favoreçam uma compreensão das estruturas essenciais do ser humano, em suas dimensões de singularidade, do corpo, da psique, do espírito, da alma e do caráter e da coletividade.

4.2.3 Equipe da Saúde da Família enquanto Comunidade Estatal

Stein evidencia em seu livro *Beiträge zur philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften* (Psicologia e Ciências do Espírito – contribuições para uma fundamentação filosófica, tradução nossa) as formas de associação entre sujeitos, entre as quais destacamos a Comunidade. Até o momento, realizamos uma reflexão no que se refere a alguns aspectos da estrutura da comunidade, em analogia com a personalidade individual, possuidora de um sujeito comunitário que expressa uma multiplicidade de sujeitos,

a presença da força vital que se revitaliza por meio de seus indivíduos ou de fontes objetivas, o caráter, a alma e o espírito que se manifestam por meio dos seus membros, como em cada pessoa individualmente. No que diz respeito à Estratégia Saúde da Família em sua interface com a saúde mental, as contribuições de Stein nos auxiliam a pensar sobre as vivências comunitárias a partir das atividades desenvolvidas junto aos usuários dos serviços e familiares e também a importância de fundamentar a relação entre os profissionais a partir de bases comunitárias, com a constituição de um único sujeito comunitário, “a equipe”, em que seus membros realizam suas atividades enquanto *Pessoas*. Destacamos, ainda, a importância de uma formação dos profissionais direcionada à compreensão do ser humano e de suas estruturas fundantes. Outra contribuição da fenomenologia de Stein para o contexto da ESF é seu estudo sobre a essência do Estado, em especial sobre a constituição da comunidade estatal, que buscamos apresentar.

Para Stein (1999d) entendemos como Estado uma formação jurídica que garante a impessoalidade nas relações humanas, a igualdade dos cidadãos e o direito de todos. O órgão mais importante do Estado é o Governo, isto é, o poder estatal, através do qual o Estado se automanifesta e se faz perceptível. A função do Governo é dirigir o Estado, e isso se dá através da organização das atividades estatais, da legislação (isto é, a formulação de normas para a vida social ao interno da sua esfera de influência) e da execução das suas disposições e das suas ordens. Segundo a autora, entre as comunidades mais estreitas, como as familiares e as mais amplas, como os povos, há uma base de vida comunitária de indivíduos que vivem no Estado, chamada comunidade estatal, em que os indivíduos que fazem parte de tal comunidade, são conscientes do pertencimento e da existência da mesma e aceitam sua estrutura comum jurídica que garante a divisão dos três poderes, legislativo, executivo e judiciário.

É no aspecto de suas concepções sobre a comunidade estatal que queremos evidenciar algumas contribuições da filósofa para a Saúde da Família, em diálogo com os relatos das entrevistas e com as normativas que definem as diretrizes brasileiras acerca da atenção primária à saúde e da saúde mental neste contexto, em especial, na Saúde da Família. A ESF se consolida como reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro, que tem seus princípios e diretrizes fundamentados no Estado. Devemos evidenciar, portanto, o que deseja o Estado enquanto poder soberano autoconstituente. Ao retomarmos as diretrizes do Ministério da Saúde que aborda a Constituição de 1988 encontramos a definição de Saúde brasileira (BRASIL, 1990, p.3-4):

“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica que, para se ter saúde são necessárias ações em vários setores, além do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Isto só uma política governamental integrada pode assegurar.

De acordo com a Constituição, entendemos Saúde de maneira ampliada, determinada e condicionada pelo meio físico, socioeconômico e cultural, além de fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que promovam a promoção, proteção e recuperação da Saúde. Segundo o Manual elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL,1990), é fundamental a ação integrada de vários setores para além do Setor da Saúde. Quando falamos de suportes intersetoriais, dizemos da possibilidade de usufruir de recursos provenientes dos diversos setores instituídos pelo Estado de maneira interrelacional. Embora esteja previsto na legislação as ações integradas, Mário nos revela sua experiência diante da situação social das famílias, em que a dificuldade atual não é o diagnóstico e o tratamento das doenças, mas as dificuldades sociais e a necessidade de ações intersetoriais.

[...] quando você tem alguma situação social familiar muito complicada você tenta interferir com a família, mas você não consegue direito isso, entendeu. E aí a coisa vai ficando complicada, porque paciente vai retornando do mesmo jeito, a gente chama a família, conversa, explica, mostra a necessidade da família melhorar os cuidados com a pessoa, a pessoa tá maltratada, tá passando fome, não sei o que, a família não quer fazer isso ou não consegue fazer isso e o paciente também não. Então a gente acaba ficando, às vezes a gente chama outras pessoas de outros setores, por exemplo, chama a assistente social da prefeitura pra discutir, chama o conselho tutelar quando afeta a criança para ajudar, não sei o que, mas nem sempre a gente tem uma boa saída para isso não.

Mário relata a dificuldade que as equipes de SF encontram no que se refere à situação social e das tentativas de desenvolver um trabalho integrado entre os diversos setores. Contamos casos de usuários que buscam tratamento, mas enfrentam difíceis condições sociais como maus tratos, fome e falta de suporte familiar. As dificuldades encontradas por Mário apontam a falta de estrutura das famílias para o comprometimento com a própria saúde, quando, então, entra em cena a necessidade de outros suportes setoriais, como o conselho tutelar, a assistência social. Entretanto, ele percebe pouca efetividade no que se refere a um trabalho ampliado. Pensarmos na proposta de ações integradas entre os diversos Setores, nos permite

retomar o tema da comunidade. Este já vem sendo apontado como uma necessidade de aprofundamento e de delimitações para o trabalho em Saúde da Família. No que se refere à relação do Estado com a pessoa, Bello (informação verbal)¹³ retoma o pensamento de Stein, e afirma que é na comunidade que deveria ocorrer, em termos de ideal, a plena realização da pessoa, sendo esta também aquela que deveria se responsabilizar pelo funcionamento do Estado. O estímulo à plena realização da pessoa, se considerada a partir da perspectiva fenomenológica, deveria ser obrigação, tanto das comunidades menores às quais a pessoa pertence, quanto do Estado e dos seus membros representantes, da comunidade estatal.

Mário, na continuidade do seu relato, aponta como percebe a situação atual, no que se refere ao trabalho conjunto entre os diversos setores representantes do Estado:

[...] a atuação intersetorial que não existe, a gente fala de ação intersetorial, mas não tem, a parte de... de... Do que seria a secretaria da cidadania, do bem estar social, etc, é uma piada, porque eles não têm dinheiro, eles não tem gente, eles não tem nada, certo, então assim, o que eles vão fazer? Tem uma assistente social para tomar conta de um distrito inteiro, não tem uma cesta básica para distribuir, ela não tem nada, ela fica fazendo cadastro das pessoas, entendeu. A parte da educação não faz absolutamente nada assim pra, faz a parte deles, dá aula e tal, mas não... não tem essa interação, o que eles costumam fazer é encaminhar o problema deles para a gente. Certo? Então falta muito essa interação para você, de fato, ajudar a família a fazer alguma coisa melhor. E a família também joga na mão dos serviços de saúde os problemas [...] essa falta de atuação intersetorial na nossa sociedade é muito complicado, por que... Enfim... A gente não tem uma boa atuação. Tem muito discurso que tem, e tal, mas você vai ver mesmo, o que você está fazendo, me fala? Não estamos atuando legal nessa área não. Precisa melhorar muito.

A ação intersetorial parece ser uma necessidade percebida por Mário no que diz respeito ao cuidado integral, que está para além do alcance da saúde. O cuidar de uma família que está passando fome, aponta para a necessidade de ação conjunta de vários setores, visando o desenvolvimento integral das pessoas, como por exemplo, a intervenção de outras áreas, como a assistência social, o conselho tutelar, a Saúde da Família e a escola. Mário refere, ainda, a dificuldade dos setores públicos intervirem conjuntamente, e aponta a necessidade de existir uma conscientização da responsabilidade das próprias famílias enquanto comunidades mais estreitas. Na perspectiva da fenomenologia, quando dizemos da consciência e da responsabilidade, estamos nos referindo à estrutura humana em sua integralidade corpórea, psíquica e espiritual, dotada de uma alma que se desabrocha e constitui o caráter. Mas, para a constituição desta integralidade humana e para o auxílio da

¹³ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

constituição de comunidades familiares, a relação com o externo, bem como os recursos provenientes deste são de fundamental importância. No que se refere à saúde mental, tais questões surgem como fundamentais para o cuidado das famílias que buscam suporte nas equipes, para além de uma abordagem centrada na cura.

Em diálogo com Stein (1999d), o Estado deve ter a soberania entre as demais formas organizativas e manter-se a partir da sua capacidade de autoconstituição ou autoformação, organizando internamente as diversas estruturas e instituições que promoverão os diversos atos. Vimos que o Estado abrange em si uma diversidade de comunidades e sabemos que é na comunidade que devemos encontrar a realização plena da pessoa. A partir de uma experiência vivenciada por Vanessa acerca de uma solicitação de apoio a um adolescente que estava trancado no quarto há mais de oito meses, podemos verificar como se dá a relação, na prática, entre pessoa, comunidade e Estado.

[...] ligaram pra gente e falaram, é um adolescente que tá no quarto, que tá trancado no quarto. [...] Eis que eu chego na casa e o adolescente está há oito meses trancado no quarto, mas que ninguém via a cara dele, estava literalmente trancado, eles passavam a comida por debaixo da porta e ninguém via ele. E aí, na hora que eu chego na casa, a mãe ainda vira e fala pra mim “olha, se ele souber que eu chamei alguém aqui, ele vai se matar”. “e tem alguma coisa que corta no quarto?” “tem, tem vidro quebrado, tem faca”. Ai eu falei (em voz baixa) “então vamos falar baixo”, e fui levando ela pra fora, assim. [...] isso a gente não faz só com ela, faz com todo mundo que tem alguma situação assim, de ideação, coisa assim, de combinar muito, fazer contrato de vida, combinar muito, eu tive que combinar muito com a mãe, algumas coisas pra passar o fim de semana orientando, né, se acontece alguma coisa o que ela tinha que fazer. E na 2ª feira a gente teve que armar um mega esquema, de bombeiro a polícia, teve que quase fechar o quarteirão pra conseguir tirar ele de dentro do quarto e foi uma situação que no final de semana a gente ficou assim, com o coração pequenininho em casa [...] ele fez o diagnóstico de esquizofrenia com transtorno obsessivo compulsivo grave. [...] Quando tirou do quarto ele tinha unha desse tamanho, cabelo grande, ele não conseguia ver a luz do sol, foi horrível quando ele saiu. Tinha garrafas e garrafas pet com urina dentro do quarto, né, então foi uma situação gravíssima. Mas, hoje ele tá melhor, toma muito as medicações aí, agora ele foi para o núcleo B, não está mais aqui. Mas, no ano passado tinha grupo que ele vinha. Grupo de reeducação, grupo de estilos de vida, ele já tava mais sociável. Acho que a situação que mais me marcou foi essa.

Os relatos de Vanessa nos revelam o sofrimento de uma família que busca suporte na equipe de Saúde da Família. Segundo os pressupostos da atenção primária brasileira, a ESF se configura com ações de visitas mensais domiciliares às famílias pertencentes ao território de abrangência, o que favorece o desenvolvimento de uma relação direta de escuta das necessidades de cada região (BRASIL, 2011). Embora as práticas estejam ainda orientadas

para uma assistência isolada em cada setor, conforme nos informou Mário, e as ações intersetoriais ocorram timidamente, sobretudo em contextos de emergência e risco à vida humana, conforme os relatos de Vanessa, a Estratégia Saúde da Família se revela como uma possibilidade de se estabelecer, de fato, ações que abarquem o suporte às diversas comunidades. Neste caso específico, a possibilidade de estar junto a esta família, orientá-la, conversar e mobilizar outros setores como segurança, suporte emergencial e saúde, em prol desta família e da vida deste adolescente mostra a potencialidade de auxílio e suporte “(...) *foi uma situação gravíssima. Mas, hoje ele tá melhor, toma muito as medicações aí (...) no ano passado tinha grupo que ele vinha. Grupo de reeducação, grupo de estilos de vida, ele já tava mais sociável*”(sic). O adolescente foi diagnosticado, medicado e incluído em atividades e grupos desenvolvidos pela Unidade, favorecendo, ainda que timidamente, o convívio social. Entretanto, ações orientadas conjuntamente, que considerem o desenvolvimento do ser humano em sua totalidade psíquica, corpórea, espiritual, conscientemente executadas pelos representantes do poder estatal, ainda parecem orientadas por práticas fragmentadas, individualistas e especializadas, que pouco consideram o aspecto social ou o educacional e que enfatizam ações emergenciais e de resolução imediata, em detrimento de projetos contínuos intersetoriais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Stein (1999d), a soberania do Estado na autoconstituição de uma entidade comunitária deve garantir a igualdade dos cidadãos e o direito de todos. No que se refere às diretrizes e à legislação em saúde no Brasil, temos uma estrutura que legitima o direito de todos ao acesso à saúde pública. Nesse sentido, é importante ressaltarmos outro elemento que define a Saúde, segundo o Ministério da Saúde (1990), a saber:

A Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público.

O direito à Saúde e à não discriminação, bem como o dever e a promoção desse direito como responsabilidade do Governo, expressa o fundamento de ideal de Estado, conforme proposto por Stein (1999d). Neste contexto, o Estado abarca uma multiplicidade aberta de indivíduos que, diferentemente das comunidades menores em que seus membros se reconhecem pessoalmente, nesta, seus membros não são reconhecíveis detalhadamente em suas estruturas subjetivas e pessoais, sendo que o Estado deve protegê-los na sua igualdade e no direito. Além disso, o SUS e a Estratégia Saúde da Família pressupõem uma participação

política ativa da população, garantida, por lei, principalmente por meio de espaços nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, visando o debate e a escuta das necessidades, o que significa a possibilidade de controle social dos serviços e de legitimação das demandas territoriais de cada área de atuação da ESF. Temos, portanto, na Estratégia Saúde da Família de um lado, as diretrizes e as legislações propostas pelo Estado e, de outro lado, seus funcionários e a população. Para falarmos sobre a participação ativa da população, bem como dos funcionários das equipes, podemos acrescentar as contribuições de Stein (1999d) no que se refere à constituição do Estado e sua relação com os seus sustentadores e membros participantes, em especial, a comunidade estatal. Esta é definida como o conjunto de pessoas que vivem enquanto comunidade, a possibilidade de se estabelecer uma relação de pessoa-pessoa, de modo responsável e consciente acerca da manutenção do elo vital estabelecido com o Estado, sustentando-o. O Estado em si é impessoal, mas sua vida depende da sustentação de cidadãos singulares e, em específico, daqueles que foram escolhidos por ele como seus representantes, e dentre eles, por seus funcionários.

No que se refere especificamente aos funcionários, podemos centralizar a nossa discussão nos relatos de Mário e nos perguntarmos sobre o que encontramos atualmente nas práticas: os funcionários, enquanto representantes diretos do Estado são conscientes das suas funções? Podemos provocar uma reflexão sobre as ações intersetoriais, tão necessárias e discutidas, a partir das conceituações de comunidade estatal propostas por Stein? Segundo a filósofa (STEIN, 1999d), os funcionários são responsáveis em primeira pessoa pelas escolhas que se realizam em nome do Estado e devem respeitar e fazer respeitar as regras a fim de que se garanta o seu bom funcionamento. Como seria isso na prática? Mário, a partir de suas vivências pessoais, parece nos auxiliar em tais reflexões:

Eu acho que essas são as maiores dificuldades, por exemplo, o pessoal não tem um espaço de convivência no bairro, não tem. Os idosos não têm... Tem um funcionamento bom o programa do PIC (Programa de Integração Comunitária) nas praças, isso é legal. Fora o PIC não tem nada, não tem centro comunitário, não tem lazer, como pode o fulano não tem lazer, ou você vai no shopping ou vai sentar no boteco e depois vai para casa[...] Acho que falta na nossa sociedade essa interação entre os vários setores pra melhorar a saúde de uma forma geral, porque senão tudo vira medicalização. [...] se você trabalhasse legal com isso, você teria um adulto mais saudável e um idoso mais saudável.

Na prática encontramos uma ênfase na medicalização, em detrimento da promoção de espaços sociais e comunitários, ao mesmo tempo em que se valoriza o consumismo, o individualismo e o reconhecimento de estruturas privadas como lugares de vida e de

socialização. A possibilidade de integração dos setores significa para Mário o suporte para o desenvolvimento saudável da pessoa. No que se refere especificamente à ESF, O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) define o desenvolvimento e a integração entre diferentes setores e expressa o estabelecimento de ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e de recuperação de agravos como intervenções específicas da atenção primária. Especificamente no que se refere à promoção de saúde, esta é assim definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990):

No campo da **promoção**, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras e debates em escolas, associações de bairro, igrejas, empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.

Entretanto, a leitura de tais pressupostos exige um olhar atento, na medida em que pode representar uma prática reducionista e assistencialista, em que as ações são estabelecidas a partir de generalizações que normatizam a vida dos indivíduos. Para clarificação, vamos retomar os discursos de Mário: *“falta na nossa sociedade essa interação entre os vários setores pra melhorar a saúde de uma forma geral, porque senão tudo vira medicalização”* (sic). A tentativa de reverter a lógica da medicação coloca a ESF como o principal nível de atenção para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, o que exige um novo olhar para os indivíduos, para além da doença. Ações de promoção como *“educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades”* (BRASIL, 1990) provoca-nos para pensar sobre a complexidade de cada uma dessas ações citadas e a necessidade de desenvolvê-las conjuntamente com outros setores do Estado.

São atividades complexas que envolvem uma reflexão sobre o que é educar, o que são *“bons padrões de alimentação”*, o que são estilos de vida saudáveis, como usar adequadamente e desenvolver aptidões e capacidades. São reflexões necessárias que devem nos auxiliar nos questionamentos sobre qual concepção de humano fundamenta tais ações?

Nessa perspectiva, uma leitura a partir das contribuições de Stein acerca da Pessoa, das formas de associação entre os sujeitos, da estrutura do Estado e da comunidade estatal possibilita uma fundamentação antropológica que permite repensarmos a promoção de saúde, entendida de modo ampliado, não homogeneizado e anterior a qualquer concepção de discriminação das pessoas com sofrimento psíquico, ou corpóreo na atenção primária à saúde. A ênfase no reconhecimento das estruturas essenciais da pessoa, bem como da singularidade presente em cada existência, como elemento último de riqueza e desenvolvimento para cada personalidade, para as diversas formas de interações sociais e comunitárias e para o exercício da soberania do Estado por meio da comunidade estatal, representa uma possibilidade de incluir todos, igualmente e sem discriminação, em atividades e ações que abarquem uma promoção de saúde integrativa e humana. Entretanto, ao retomarmos as definições de promoção de saúde, sobre o desenvolvimento de ações que promovam *“bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades”* em que, por meio de tais ações *“são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual”* (BRASIL, 1990), devemos olhar atentamente se, tais propostas respeitam, de fato, *“o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis”* ou se o que vem sendo desenvolvido e praticado em termos de promoção de saúde é a repetição de um modelo baseado na cura, na medicalização e na prescrição de comportamento e atitudes, massificando assim, as relações humanas e anulando a expressão das singularidades. Nesse sentido, Mário nos auxilia a ampliar nossos olhares através da sua percepção acerca do desenvolvimento de atividades promotoras de saúde:

Esporte, por exemplo, não esporte competitivo, que a gente está acostumado a ver na televisão, etc., isso faz é criar um monte de maluco, etc. mas esporte de lazer, de diversão. E tem um monte de coisa pra fazer que a gente não faz. Tem esporte adaptado pra deficiente, tem esporte adaptado para idoso, que a gente não faz. Tem oficina cultural que poderia fazer com idoso, com... Que você não faz, tem um monte de coisa. E a gente não faz nada disso, mesmo na saúde da família aqui a gente fica meio medicalizado. Então é isso, eu acho que tem muita coisa ainda que precisa ser trabalhado. [...] ter reuniões comunitárias que você iria, ter eventos culturais, ter mais acesso a arte, por exemplo, que é uma coisa que... Você não precisa saber. O problema é o seguinte, todo mundo... Não pode ser um artista qualquer, você fazer um quadro feio, ele tem que ser um Van Gogh, se ele não foi um Van Gogh, ele não faz nada. Sabe, então ele poderia ocupar seu tempo para se desenvolver em artes, pinturas, ler mais literatura, assistir mais cinemas, assistir mais concertos. **E porque você acredita que essas atividades são importantes?**(pergunta nossa) Porque dão uma outra dimensão... Você fala

atividade de... Dá uma outra dimensão pra... A maneira de entender a vida entendeu, simplesmente isso.

Os exemplos de Mário nos permitem uma leitura mais humanizada dos pressupostos pelo Ministério acerca da promoção de saúde, de modo que todos tenham acesso ao nível primário de atenção à saúde, em específico, às atividades de promoção de saúde, como por exemplo, o incentivo de esportes e de atividades físicas. A contribuição de Mário nos permite refletir sobre o acesso de todas as singularidades, em prol de um desenvolvimento integral da pessoa: “*não esporte competitivo, que a gente está acostumado a ver na televisão (...)mas esporte de lazer, de diversão (...) esporte adaptado pra deficiente, tem esporte adaptado para idoso*” (sic). Dessa forma, é possível pensarmos na possibilidade de desenvolvimento de estilos saudáveis, consonantes com as necessidades individuais e não discriminatórias. Mas, segundo sua percepção, “*na saúde da família aqui a gente fica meio medicalizado*” (sic), as ações parecem pautar-se em modelos que desconsideram a integralidade humana, com ênfase apenas em ações que promovam o corpo, em detrimento do desenvolvimento e manutenção do psíquico e do espiritual. Mário nos oferece um contraponto para pensarmos acerca da necessidade apontada pelo Ministério para o desenvolvimento de habilidades e aptidões. Ele considera que “*ter reuniões comunitárias que você iria, ter eventos culturais, ter mais acesso a arte (...) o problema é o seguinte, todo mundo... não pode ser um artista qualquer, você fazer um quadro feio, ele tem que ser um Van Gogh*” (sic). Nesse sentido, mais do que o desenvolvimento de habilidades e aptidões definidas pela valorização da perfeição e da arte enquanto técnica, a livre expressão da singularidade significa o acesso à arte e à cultura como a valorização da diversidade de povos enquanto uma garantia do Estado e também a possibilidade de abertura pessoal para outra dimensão que promova o desenvolvimento da pessoa “*poderia ocupar seu tempo para se desenvolver em artes, pinturas, ler mais literatura, assistir mais cinemas, assistir mais concertos*” (sic).

No que se refere ao consumo e às produções culturais, além da soberania, Stein nos revela outro ponto essencial na fundamentação do Estado, que é a comunidade de povo. Segundo suas definições (STEIN, 1999d), o que diferencia uma comunidade de povo das demais comunidades é que nela encontramos um caráter étnico unitário, do seu espírito provem uma própria cultura, unitária em si e distinta de tudo que está fora, que reenvia a um centro espiritual, cuja característica específica psíquica está ativa e se reflete em todas as suas produções. O Estado fundamenta uma comunidade de povos e, por essência, uma comunidade de povo deve ter uma autonomia cultural. Segundo Stein, (1999d) a comunidade de povo,

enquanto personalidade com características criativas exige uma organização que assegure a ela uma vida conduzida com uma autonomia própria. O Estado, por sua vez, como formação social que se organiza na plenitude do próprio poder, exige uma força criativa que preserve conteúdo e direção a sua capacidade organizativa, conferindo ao povo uma regra interna. O povo constitui-se como uma comunidade de forças psíquicas produtivas que possui sua própria capacidade de produção e que se sedimenta nas obras culturais. Os indivíduos, no seu interno, não apenas sustentam a comunidade de povo a qual pertencem, mas são também nutridos psicologicamente por ela e, em contrapartida, podem receber do Estado a satisfação das suas necessidades exteriores que permitem que suas obras se manifestem de modo concreto. Dessa forma, ainda que um Estado esteja configurado sem se referir a um povo, em particular, é possível que ele possibilite progressivamente aos indivíduos nele reunidos a constituição de uma ou mais comunidades de povos. Dessa forma, vemos na Estratégia Saúde da Família, enquanto idealmente parte da comunidade estatal, uma potencialidade para o desenvolvimento e para o resgate dos valores culturais dos indivíduos que estão inseridos nos territórios de abrangência da SF, através de ações verdadeiramente promotoras de saúde, sendo esta última referida no sentido ampliado. Por meio da legitimação da existência de produtividades e de criações psíquicas, as equipes, se compreendidas como parte de uma comunidade estatal, conforme evidenciado por Stein (1999d), em conjunto com os diferentes Setores (educação, saúde, segurança, entre outros) poderiam se configurar como representantes legítimos do poder do Estado no sentido de auxiliar na organização de tais forças psíquicas, que sedimentam e constituem obras culturais, reafirmando, assim, a possibilidade de ações intersetoriais em prol do desenvolvimento individual e comunitário dos membros que as compõem. Na prática, temos como necessidade, portanto, o reconhecimento dos diversos saberes, da constituição de papéis e de práticas bem definidas no que se refere a tais representantes, como por exemplo, da assistente social, da equipe de saúde da família, da escola, das entidades culturais, com práticas não voltadas à homogeneidade da pessoa humana, mas da legitimação das diferenças, em prol do livre desenvolvimento das comunidades menores que estão sob a tutela do Estado. Para clarificar, podemos olhar para as pequenas comunidades que encontramos nas ações da Saúde da Família, como os alunos de uma escola, a família, o grupo religioso presente no território de abrangência, a equipe de esportistas que mora na região. Os funcionários do Estado, sejam estes do Setor social, da saúde, educacional, ou outros, enquanto uma comunidade estatal de mútuo respeito e com foco no desenvolvimento da pessoa humana deveriam ver-se como ordenadores dessas diversas comunidades menores que estão sob tutela, auxiliando-as no desenvolvimento livre.

Entretanto, como elemento inseparável da soberania do Estado que se manifesta por meio de seus representantes, temos, necessariamente, a liberdade da pessoa singular. Stein (1999d, p. 70) afirma que “somente um organismo que compreende em si pessoas livres, pode se declarar soberano, a soberania pressupõe sempre um direito a exercitar a autoridade e a sua satisfação se dá por meio do reconhecimento daqueles que são interessados”. Isso significa que é necessária, ao interno do Estado, a vida de pessoas livres, para as quais ele pode exercer sua autoridade de modo a satisfazer a necessidade dos indivíduos e comunidades e ser reconhecido por estes. Para tal, precisamos repensar nossas atuais relações, onde vemos, na grande maioria, a reprodução de indivíduos que se reconhecem e se tratam como objetos, indivíduos dos quais se espera o cumprimento de metas estabelecidas, em detrimento do reconhecimento da subjetividade e das criações livres e espontâneas, advindas de uma visão de ser humano que valorize as singularidades. Isso sugere a importância de esboçarmos algumas reflexões acerca da possibilidade de formação de funcionários responsáveis por tornar práticas tais leis e diretrizes, não apenas sob a perspectiva de sociedade, ou seja, da relação sujeito-objeto, mas de uma possível consolidação de uma comunidade estatal genuína, com o domínio da razão, da vontade e do intelecto, embasada em ações realizadas na relação sujeito-sujeito. E, ao interno dessa comunidade estatal, não nos referimos somente aos profissionais que estão diretamente dedicados ao cuidado humano, mas também àqueles que se dedicam à formação educacional desses profissionais. Segundo Bello (informação verbal)¹⁴, existe um processo complexo que nos conduz à compreensão do Estado, esquematizado da seguinte maneira: o indivíduo visto como pessoa, ou seja, na sua unidade corpórea, psíquica e espiritual e na diversidade das suas manifestações é o elemento constitutivo da comunidade; esta, por sua vez, estrutura-se em uma pluralidade de formas entre as quais, em um grau superior, encontramos a comunidade estatal, caracterizada por uma estrutura jurídica. O Estado em si é impessoal e vive por meio da sustentação dos cidadãos singulares e, particularmente, dos sustentadores do Estado, ou seja, dos seus funcionários. Aqui encontramos o grave problema das relações entre Estado como estrutura jurídica e ética, pois no que se refere à ética, esta não é propriamente pertencente ao Estado, mas se refere sempre ao comportamento de cada singular ser humano que responde em cada caso sobre suas ações. Os sustentadores do Estado são responsáveis em primeira pessoa pelas escolhas que realizam em nome do Estado e devem respeitar e fazer respeitar as regras a fim de que se garanta o seu bom funcionamento. São estes que assumem a responsabilidade em

¹⁴ **La visione dello stato.** Informação fornecida por Angela Alles Bello no “Convegno su Edith Stein”, em 30 de outubro de 2004, Genova, Itália.

sentido moral da condução do próprio Estado, ou seja, a atitude fundamental de uma comunidade de pessoas diante do mundo de valores. O desenvolvimento integral da estrutura humana não se trata, portanto, somente do cuidado que os profissionais de saúde da família realizam em relação à comunidade, mas se trata também da formação dos profissionais dos diferentes setores e, nesse sentido, retomamos a necessidade de se pensar na formação humana a partir de uma definição sobre o ser humano. A fenomenologia de Stein nos auxilia a considerar a importância de educar e de formar tais profissionais para além de uma lógica individualista e segmentada, abrindo-nos para o questionamento se os valores que estão sendo legitimados na formação desses profissionais são condizentes com o que encontramos, atualmente, enquanto ideal do Estado na área da saúde, que podemos ver brevemente em algumas de suas diretrizes e pressupostos.

No que se refere especificamente à Saúde, a Constituição estabelece, ainda, a necessidade de um serviço de caráter público, composta por uma rede de assistência descentralizada, hierarquizada em níveis de atenção e regionalizada:

“A Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários”.

Segundo Stein (1999d), os indivíduos com suas corporeidades estão necessariamente sempre presentes em uma dimensão espacial e assim se configuram em suas vidas. E, quando eles constituem um Estado, então, este deve ter um espaço próprio, onde possa exercer sua autoridade de modo a ser capaz de assegurar aos seus cidadãos a livre expressão vital. Temos ainda outra contribuição de Stein (1999d) quando pensamos sobre a nossa atual forma de Estado: a democracia, na qual todos os cidadãos, mesmo que em teoria, deveriam ver-se e considerar-se como sustentadores da vida do Estado. Temos, portanto, a proposta de um Sistema em que sua rede de serviços está “sob controle dos seus usuários”, o que nos provoca a questionarmos, como efetivar e realizar uma Saúde ampliada e democrática? Podemos, aqui, retomar também os pressupostos do SUS e da SF no que se refere à participação popular e democrática e no controle dos serviços. Segundo Stein (1999d), na ideia da democracia a existência do Estado é garantida de modo mais válido, pois este possui uma base mais ampla de sustentação. Entretanto, as exigências que esta forma coloca para sua comunidade de cidadãos são também maiores, pois significa que todos devem ser sustentadores e representantes do poder e da soberania do Estado. A fenomenologia nos permite pensar na

importância de desenvolvermos, de fato, *Pessoas*, abertas espiritualmente e capazes de tornarem-se, em sua maioria, parte desta soberania. Esta reflexão deve abarcar não somente os Setores da Saúde, mas também os formadores, as Universidades, as instituições de educação, ensino e cultura, segurança e cidadania.

Retomando algumas das contribuições de Stein já discutidas no que se refere a uma leitura das ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família, além dos pontos já discutidos acerca da necessidade de ações intersetoriais, do reconhecimento dos indivíduos enquanto *Pessoas*, da legitimação de práticas que promovam a igualdade e o direito de todas as pessoas, sem discriminação, participarem das ações de saúde propostas para todos os níveis de atenção, de uma atenção regionalizada e descentralizada na qual se possa exercer o direito de controle dos usuários, Mário nos auxilia a reposicionar nossas concepções e valores acerca do sofrimento psíquico:

(sobre o filme: “Mentes Brilhantes”) Você vai acompanhando o sujeito, que da maneira como o filme vai se desenrolando você não percebe que ele tá perdendo o controle, você entra no discurso dele e depois que você começa a perceber que ele tá exagerando, certo. Aí no fim do filme que você descobre que ele é esquizofrênico [...] é professor de matemática, etc, aí ele começa a ser tratado, com as dificuldades da época, que tinham poucos medicamentos e aí no fim do filme uma pessoa pergunta pra ele, e aí? Porque ele tinha alucinações, ele via duas ou três pessoas que dava ordens para ele, etc. E aí no fim do filme ele continua com as alucinações, mas ele fala assim... Mas, eles estão lá, naquele cantinho ali e eu não deixo mais eles saírem dali, entendeu... Ou seja, ele entendeu o problema, sabe que aquilo é um problema, ele permanece, mas ele consegue conviver bem com aquele problema. Então ele transformou uma coisa extremamente caótica na vida dele em uma coisa suportável que ele pode conviver com aquilo. Eu acho que é a única solução que a gente tem para os nossos problemas de saúde, por que... A maneira que está... O máximo que você consegue é deixar ele no devido lugar, não deixar que eles tomem conta da parte positiva da vida, entendeu... É isso que eu penso [...] cada pessoa tem uma potencialidade, uma coisa que ela tem mais facilidade, que ela gosta mais, etc. E você viver bem significa você viver legal dentro daquelas possibilidades e dentro daquilo que você gosta também.

Mário nos possibilita ampliar nossas concepções de sofrimento psíquico a partir do desenvolvimento positivo da vida e do que entende como viver bem. A partir das estruturas essenciais do humano desveladas por Stein, pensarmos a saúde mental na Estratégia Saúde da Família significa buscarmos fundamentações para a compreensão sobre o que chamamos de Saúde da Família, o que entendemos como comunidade e a qual pessoa fazemos referência quando desejamos desenvolver o cuidado. A partir de tais perguntas podemos pensar em uma Estratégia promovida pelo Estado que prime pelo projeto de cada singularidade, que garanta a

promoção da Saúde em um sentido ampliado e livre de discriminações e que promova a pessoa humana em seus aspectos singulares corpóreos, psíquicos e espirituais, com a oferta de condições externas adequadas para o desenvolvimento do caráter, com a liberdade de expressão da alma e com o reconhecimento do outro como *Pessoa*. Um último ponto a se destacar diz respeito à necessidade de uma rede de atenção efetiva, que garanta o tratamento continuado das pessoas em sofrimento psíquico também nos níveis de atenção secundário e terciário. Fabiano percebe a necessidade de interação entre os diferentes níveis de assistência à saúde, o que representa um avanço diante da possibilidade de continuidade e efetividade de tratamento. Segundo ele, para que se aconteça uma efetiva continuidade do cuidado:

[...] você precisa de uma boa disposição das equipes de assistência primária à saúde, uma boa disposição das equipes especializadas de saúde mental, e uma boa disposição do gestor de saúde. Quer dizer, você precisa dessas três coisas para organizar direito esse trabalho. Quer dizer, o gestor de saúde precisa ter a noção de que isso daí é uma coisa importante. Que isso melhora a qualidade do atendimento em saúde, na realidade, inclusive tenha recursos, e fundamentalmente e melhor do que isso, melhora a qualidade do atendimento pras pessoas. As equipes de assistência primária à saúde tem que estar dispostas à fazer esse tipo de trabalho, e as equipes especializadas de assistência à saúde mental têm que, os profissionais especializados têm que estar disponíveis para ir lá conhecer esse *setting*, esse tipo de trabalho que frequentemente não conhecem, e se adequar às necessidades das equipes de assistência primária à saúde em termos do que elas precisam de saúde mental. Então você precisa dessas três coisas, por isso não é tão fácil de sair e por isso que é tão importante você dar condições organizacionais, vamos dizer, de tempo e espaço pra que isso possa ser feito adequadamente

Em seus relatos, nos deparamos com o elemento fundamental da constituição humana, que é a possibilidade de abertura. Para um Sistema funcionar é necessário “*boa disposição das equipes de assistência primária à saúde, uma boa disposição das equipes especializadas de saúde mental, e uma boa disposição do gestor de saúde*” (sic). Fabiano parece apontar a necessidade de abertura dos diferentes níveis de atenção, o que significa a abertura dos profissionais. Mas, para isso devemos considerar também a necessidade do desenvolvimento de *Pessoas*, no sentido proposto por Stein, que compreendam os seus papéis enquanto representantes, participantes e responsáveis pela consolidação de uma possível comunidade estatal e da necessidade destas pessoas se posicionarem politicamente no que se refere ao cuidado dos demais participantes do Estado. Stein (1999d) refere que, pelo menos parte dos membros de uma comunidade deve considerá-la como um todo. Porém, diferentemente de outras comunidades, o Estado não exige que seus membros sejam totalmente englobados por

ele, mas estes devem viver como um ponto de orientação estável que consideram e avaliam seus comportamentos e proporcionam que o Estado, por meio deles, assegure livremente o desenvolvimento das pessoas e das comunidades que vivem sobre sua proteção. Nesse sentido, podemos retomar a definição inicial de Saúde, definida a partir de determinantes e condicionantes como o meio físico, o meio socioeconômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços de proteção e de recuperação da saúde nos seus diferentes níveis e em conjunto com os outros Setores do Estado, de modo a garantir uma política integral. As propostas de Stein sobre a essência do Estado e de uma verdadeira comunidade estatal surgem como uma possibilidade de pensarmos se é possível assegurar, de fato, o livre desenvolvimento das pessoas e das comunidades que vivem sobre a sua proteção, ainda que sem se referir a um povo em particular, ainda que se refira a uma comunidade de povo que está por formar-se, enfim, se é possível que a comunidade estatal permita aos indivíduos se tornarem progressivamente um povo, constituírem-se enquanto uma comunidade com forças psíquicas produtivas, que possui a sua própria capacidade produtiva sedimentada nas obras da cultura, nutrindo-se internamente das suas forças psíquicas e externamente da proteção do Estado. Por fim, segundo a filósofa, é na vida comunitária que o ser humano pode se realizar.

Aqui esboçamos uma proposta de leitura da Saúde da Família enquanto parte de uma comunidade estatal, conforme as contribuições de Stein, as quais estão centradas numa perspectiva da subjetividade humana. De acordo com o método fenomenológico, toda essência se revela a cada um parcialmente e nunca completamente. Nesse sentido, deixamos como convite a possibilidade de abertura e de discussões que, em suas singularidades e diversidades, possam encontrar um sistema efetivo e resolutivo no sentido do bem estar humano individual e coletivo.

5 DISCUSSÃO

Nosso percurso inicia-se nas experiências e nos questionamentos originados no contato com as equipes de Saúde da Família. Constatamos a necessidade de compreender a Saúde Mental na atenção primária para além de um modelo centrado na cura, no tratamento medicamentoso, na dicotomia saúde/doença, no preconceito e na discriminação, na hierarquia dos saberes, cujo olhar se voltasse para a constituição de projetos contínuos no decorrer da vida, para o ser humano na sua totalidade, independentemente do diagnóstico médico, para a legitimação das singularidades.

O aprofundamento no método fenomenológico proposto por E. Husserl e, especialmente, na antropologia filosófica de sua discípula Edith Stein, por sua vez, revelou-nos um possível caminho de leitura e de compreensão da saúde mental na atenção primária, em prol de uma visão integral do ser humano, além da possibilidade de desenvolvermos um olhar ampliado para as relações entre equipes e usuários/familiares. Suas contribuições acerca da essência da pessoa, o desvelar das estruturas fundantes, a evidenciação da singularidade e de suas diferentes formas de associação, surgem como um convite para a abertura e um incentivo para futuros estudos e discussões que considerem a interlocução entre filosofia e saúde.

Não temos como objetivo oferecer respostas definitivas, mas buscamos apontar a necessidade de fundamentações rigorosas acerca do que é a Comunidade, a Pessoa, o Estado, temas esses que perpassam as práticas na ESF e nos ajudam a problematizar a questão da saúde mental na atenção primária. Pretendemos, neste percurso, promover uma abertura para questionamentos: como ultrapassarmos os modelos positivistas de atenção à saúde, a fim de efetivarmos uma prática voltada às famílias e às relações humanas? São possíveis reflexões que auxiliem a fundamentar conceitualmente o Cuidar, da Pessoa, da Família, da Solidariedade e da intersubjetividade, de modo que estas reflitam em nossas práticas? A ESF pode se configurar como um espaço de alteridade, solidariedade, comunidade, cuja base é a formação integral da pessoa? E nesse sentido, podemos desenvolver novas propostas de atuação em relação à saúde mental na atenção primária? O que entendemos por redes sociais, ações intersetoriais, promoção de saúde, direitos humanos, cidadania e que relação tais conceitos apresentam com a proposta de uma definição de saúde ampliada? Estas são

provocações e inquietações que devem continuar em diálogo, em busca do desvelar de novas e possíveis práticas nos diferentes contextos de Cuidado. Sabemos que as ações não são dadas a priori e que a saúde mental na atenção primária é a construção e a criação de um novo fazer em Saúde. Este capítulo pretende, portanto, evidenciar as contribuições e instrumentos oferecidos pela fenomenologia de Husserl e de Stein que se revelaram a nós ao longo deste percurso.

5.1 Contribuições da fenomenologia para uma compreensão da Saúde Mental na ESF

Segundo Husserl (2008, p. 19) a proposta do método fenomenológico é olhar as:

[...] perplexidades em que se enreda a reflexão sobre a possibilidade de um conhecimento atinente às próprias coisas; como pode o conhecimento estar certo da sua consonância com as coisas que existem em si, de as «atingir»?

Husserl coloca a questão sobre como é possível ao conhecimento estar em consonância com as coisas e como este conhecimento pode atingi-las em sua existência pura, em si mesma? Como é possível conhecermos as coisas, o mundo e a nós mesmos? Nesse sentido, o método fenomenológico surge como uma possibilidade de questionamento do conhecimento, de colocar-se diante da realidade e do ser humano, problematizando-os de modo amplo e rigoroso. Pretende, portanto, percorrer de forma aprofundada as questões, buscar as fontes e origens e compreender os sentidos delas, visando entender como se dão de fato, indagando-as a fundo e analiticamente. A atitude fenomenológica, que é estar diante dos fatos da realidade e problematiza-los a partir da suspensão de nossos julgamentos e questioná-los enquanto parte deste mundo objetivo ao suspendermos nossos julgamentos anteriores, surge como uma possibilidade de posicionamento diante de tal realidade, de abertura a novas compreensões acerca do que é o ser humano, do que é o cuidado e do que é a relação humana. Tais questionamentos parecem fundamentais quando tratamos do tema da saúde mental na atenção primária, provocando-nos a pensar sobre o que é Saúde, o que é Saúde Mental, o que é a Atenção Primária à Saúde, para além das definições dadas a priori. Neste modo de olharmos a realidade, não pretendemos dar respostas definitivas, mas buscamos uma atitude de abertura, de observação atenta da realidade em que estamos inseridos e também do ser

humano que encontramos, de modo a refletirmos acerca das práticas em saúde mental na ESF, de tal modo que estas possam ser correspondentes às necessidades das pessoas.

Segundo Stein (2000), o princípio mais elementar do método fenomenológico é considerar “as coisas em si mesmas”, suspender teorias, tudo o que se escuta, na tentativa de se aproximar do fenômeno em questão com um olhar sem julgamentos. Segundo a filósofa (STEIN, 2000, p. 66, tradução nossa):

[...] Se queremos saber o que é o ser humano devemos nos colocar de modo mais vivo possível na situação da qual fazemos experiência do seu ser, isto é, do que nós experimentamos em nós mesmos e do que experimentamos no encontro com os outros. Isto parece soar como empirismo, mas não é se, com o termo “empíria” se entende somente a percepção e a experiência das coisas particulares. [...] voltar o olhar para o *essencial*. A intuição não é somente a percepção sensível de uma certa singularidade, de como ela é aqui e agora; tem-se uma intuição disso que ela é segundo a sua essência e isso pode, por sua vez, significar isso que ela é segundo o seu *ser próprio*, e isso que ela é segundo a sua *essência universal*. O ato no qual a essência vem apreendida é uma *visão espiritual* que Husserl denominou *intuição*.

Por meio de uma intuição das essências do ser humano, percurso este já realizado por Stein e Husserl, é possível apreendermos o que existe de estrutural na constituição humana, o *ser próprio* do ser humano, para além dos diagnósticos, rótulos, preconceções. Isso significa a possibilidade de abertura em direção à Pessoa que busca o cuidado. Os serviços de atenção primária à saúde, em especial, a Estratégia Saúde da Família, referem a necessidade de um cuidado integral às pessoas através de ações humanizadas. Entretanto, encontramos na prática um embasamento médico-centrado, com ênfase em diagnósticos e no tratamento individual, com uma concepção reducionista acerca da humanização das ações em saúde. A fenomenologia, por sua vez, oferece importantes contribuições acerca da estrutura humana, daquilo que encontramos em qualquer Pessoa independentemente da situação de adoecimento e de sofrimento corpóreo-psíquico-espiritual. Olharmos a saúde mental na atenção primária significa enfatizarmos não o estado de adoecimento, mas as necessidades que cada indivíduo porta para a continuidade do seu desenvolvimento, suas possibilidades reais de continuar o seu movimento de vida, respeitando cada especificidade corpórea, psíquica e espiritual. É na possibilidade de relacionar-se e desenvolver-se conjuntamente que as equipes de Saúde podem investir em prol de uma concepção de saúde ampliada e integral.

Segundo Pezzella (2007) a fenomenologia é um instrumento que nos consente dizer que estamos diante de um particular fenômeno e somente deste e de nenhum outro, pois ela

busca a essência das coisas por meio da intuição de algo que não é simplesmente individual, mas que nos possibilita retornar ao pertencimento de um “quid”, de uma unidade universal.

Nesse sentido, quando nos referimos a uma atenção primária à saúde mais humanizada, a fenomenologia nos auxilia a refletir sobre uma leitura não individualista, em que seja possível suspendermos os conhecimentos obtidos a priori. Isso significa a possibilidade de cada profissional colocar-se diante do outro e compreendê-lo enquanto ser humano que possui potencialidades singulares, as quais podem ser apreendidas em cada encontro, anteriormente à aplicação de diagnósticos especializados e caracterizações patológicas que partem de uma visão generalista do adoecimento humano. Suspender os conhecimentos especializados adquiridos anteriormente não deve ser compreendido como ignorá-los ou não legitimá-los, mas como um desnudar de preconceções que dificultam olhar integralmente a pessoa que está diante do profissional, suas características peculiares, seus valores, seu modo de entender e de se relacionar com a vida e com os outros. Dessa forma, podemos buscar uma atitude não individualista, em que nas intersubjetividades temos a possibilidade de Cuidado, por meio do reconhecimento mútuo, da escuta e da abertura para o outro.

Quando utilizamos a *epoque* fenomenológica, ao colocarmos entre parênteses tudo que julgamos saber a respeito do outro, ao suspendermos nossas crenças, nossos conhecimentos teóricos e clínicos, podemos apreender a estrutura última que se oferece a cada um de nós nos confrontos do *ser*, do *ser assim* e de todas as modalidades do ser existente no seu espaço temporal do real (STEIN, 2002a). Isso possibilita pensarmos sobre a necessidade dos profissionais da ESF se aproximarem das famílias, suspendendo suas preconceções ou julgamentos, que frequentemente existem em virtude de experiências anteriores e conhecimentos teóricos. Não se trata de anular ou invalidar seus conhecimentos anteriores, mas somente de suspendê-los na tentativa de olhar quem é esta pessoa que está diante, quais as suas características, suas peculiaridades e suas necessidades, sem projetar as próprias exigências e vivências no outro. Segundo Pezzella (2007) abrir mão de suas próprias preconceções não quer dizer eliminá-las, mas somente deixá-las a parte na tentativa de compreender como estão, como são e como se dão. A autora afirma, ainda, que dessa forma, o profissional tem também a responsabilidade de suspender seus próprios preconceitos, os próprios julgamentos e de colocar-se continuamente em discussão, de modo tal a poder olhar o outro com um olhar límpido, claro, sem filtrá-lo através de seus conhecimentos anteriores. Isso refere à possibilidade de compreensão do processo como um encontro genuíno. Ao referirmos sobre o cuidado em saúde, temos que levar em conta a surpresa de

cada encontro entre usuários e profissionais, sendo ambos únicos e singulares. Tal abertura nos permite sairmos do conhecido, do preestabelecido e permite o encontro com o outro na singularidade, exigindo uma postura de disponibilidade, abertura e criatividade profissional.

Dessa forma, a atitude fenomenológica oferece contribuições significativas a respeito da compreensão do outro e de nós mesmos. Quando pensamos nas ações da ESF, devemos refletir sobre o momento em que nos colocamos em relação, seja com uma família, uma pessoa com sofrimento ou com os profissionais da equipe. O método fenomenológico e sua redução *eidética* nos alerta para a possibilidade de suspendermos nossos prejudgamentos, para que se olhe verdadeiramente a pessoa que estamos diante, quais as suas potencialidades e necessidades, o seu modo de ver, de compreender e de colocar-se diante da vida, para então, podermos refletir sobre como ajudá-lo, como cuidar. Trata-se de uma atitude de abertura. A *epoque* é um instrumento que permite nos colocarmos continuamente em discussão acerca dos nossos próprios pontos de vista, mas isso não significa que temos uma tarefa simples, significa que podemos almejar uma mudança de atitude, uma mudança da própria experiência do outro em busca de modelos e comportamentos que reflitam atitudes positivas e que promovam uma ação benéfica para o outro (PEZZELA, 2007).

O encontro entre subjetividades que se reconhecem em sua especificidade e universalidade proporciona o desenvolvimento humano. Segundo Pezzella (2007) estamos sempre diante de identidades diversas, pois os sujeitos são sempre diversos, individualmente, sexualmente, culturalmente, e por isso as relações são permeadas pela diferença, com a qual podemos e devemos interagir, sem medo de perdermos a nossa própria identidade. Nessa perspectiva, a atitude fenomenológica nos apresenta uma definição de ser humano que não é nunca uma identidade fixa e idêntica. Para a fenomenologia, estamos diante de um ser em transformação e encontramos a abertura como característica estrutural de todos os seres humanos, independentemente das características sociais, culturais, regionais ou de estados físicos, psíquicos e corpóreos. Tal modo de compreender o mundo nos mostra que existe uma profunda unidade no interno da comunidade humana e isso pode representar um primeiro ponto de partida para a interação e compreensão das diferenças.

Através do método fenomenológico proposto por Husserl, Stein aprofunda seus estudos em relação à subjetividade, iniciando seu percurso por meio da análise do ato empático. A evidenciação do ato da empatia também oferece contribuições importantes para pensarmos acerca da Saúde Mental na ESF. O ato empático se difere de todos os demais atos de percepção, pois ele tem como especificidade ser um ato que não é originário em mim, origina-se na singularidade do outro e é ofertado a mim, o que possibilita o reconhecimento

do outro como semelhante a mim. Posso viver uma experiência que é originária no outro e esta pode modificar-me. É o ato empático que nos faz identificar que o outro é um ser humano semelhante, que possui seu ponto de orientação zero assim como eu e que possui diversas colorações de experiências, semelhantes às minhas, mas nunca idênticas. Segundo Stein (1998, p. 158, tradução nossa):

[...] O mundo que eu vejo empatizando, é um mundo que existe, ou seja, é colocado como mundo que é, do mesmo modo como é colocado aquele percebido originariamente. O mundo percebido e aquele dado de modo empático são exatamente o mesmo mundo visto de modo diverso. [...] esse mesmo mundo não se apresenta agora somente assim e depois de outro modo, mas ele (se apresenta) ao mesmo tempo nos dois modos. [...] com o subsídio da empatia, atravesso aquela barreira e atinjo a uma segunda e terceira aparição do mesmo mundo, que é independente da minha percepção. [...] desse modo a empatia, como fundamento da experiência intersubjetiva, torna-se a condição de possibilidade de conhecimento do mundo externo existente.

O ato da empatia nos possibilita o conhecimento do mundo através da intersubjetividade. Tal concepção nos conduz para um novo modo de compreender o outro, a partir da sua singularidade, em contrapartida a um modelo de atenção à saúde que generaliza sintomas, diagnósticos e tratamentos. Neste modo de compreender a realidade, as transformações ocorrem na intersubjetividade, no encontro entre subjetividades singulares, entre as diferenças específicas de cada apreensão do mundo, não especificamente de diferenças constituídas a partir de modelos dualistas, certo/errado, saudável/doente, saúde/patologia, corpo/psique, mas da legitimação da diferença como uma característica comum a todos e da abertura para conhecer o desconhecido, a qual, quando reconhecida, pode promover o desenvolvimento mútuo.

Segundo Pezzella (2003) a experiência do outro é fundamental para a compreensão de nós mesmos, pois por meio dela podemos compreender analogicamente a nossa experiência e vice-versa. Ao percebermos o outro, conhecemos os fenômenos expressivos que são observados de modo objetivo e, assim, a vida da alma torna-se visível por meio das expressões. A experiência empática tem um papel fundamental para o ser humano, pois não representa somente uma ponte em direção ao outro, mas é um instrumento de conhecimento de si mesmo. É na troca recíproca de experiências e de relações humanas que podemos compreender de modo pleno a humanidade. A possibilidade de confronto e de relação com o outro nos permite olhar as profundezas de nós mesmos. Mas, tal compreensão não é natural e imediata, pois nos seres humanos existe uma natural relutância a mostrar-se por aquilo que é

e, com a ilusão de escapar do olhar do outro. Entretanto, para Stein, a empatia representa uma modalidade de conhecimento do outro e de si mesmo, sendo imprescindível a abertura e a disponibilidade de aceitar os outros para que se estabeleçam as relações humanas. Isso significa que a experiência de abertura à vida é inerente tanto ao profissional que cuida, quando à pessoa que procura ajuda, e que, se mantivermos uma atitude de abertura e curiosidade diante da experiência do outro, seja das famílias visitadas ou da diversidade de profissionais inseridos na ESF, reconhecendo-os enquanto pessoa, anterior às definições diagnósticas e preconceitos, torna-se possível um encontro genuinamente humano, em que ambos se transformam.

Quando vivenciamos abertamente uma experiência de alegria vivida por um integrante de um grupo, esta alegria atinge a todos, ainda que com diferentes colorações. Todos possuem, em essência, a capacidade de alegrar-se, mas a alegria se expressa em cada singularidade, caracterizando uma experiência única vivida por cada integrante. Quando experimentamos uma dor vivenciada pela pessoa que cuidamos, esta dor só pode ser compreendida profundamente por ela, mas cada profissional, enquanto humano dotado de características comuns essenciais, pode reconhecer em si essa dor, sem ser misturado a ela. Através da compreensão do ato da empatia e da legitimação desta como um possível instrumento de trabalho das equipes de Saúde da Família podemos encontrar novos caminhos para o cuidado. Por exemplo, frente às dificuldades que a equipe afirmou encontrar no contato com a dor e com o sofrimento de famílias que ultrapassam as questões de doença, em estrito senso, é possível desenvolvermos uma atitude humanizada em dois sentidos: no reconhecimento da dor enquanto uma experiência humana comum a todos e na limitação real do ser humano diante da possibilidade de *resolução* dos sofrimentos.

Além disso, o conceito de empatia, tal como proposto por Stein, nos possibilita uma nova maneira de nos relacionarmos, em que a diferença não deve ser excluída, mas representa uma importante fonte de constituição da própria pessoa. Para Stein (1998) o outro não apenas nos ensina a nos colocarmos como Objetos de nós mesmos, mas nos conduz ao desenvolvimento. Quando estamos diante de um relacionamento com pessoas de naturezas afins, ou seja, de pessoas do mesmo tipo, aquilo que anteriormente estava adormecido em nós pode se tornar claro, pode emergir para a vida, entretanto, a empatia de estruturas pessoais diversamente formadas nos auxilia a reconhecer aquilo que não somos ou que somos de mais ou de menos em relação aos outros. Dessa forma, temos, ao mesmo tempo, além do autoconhecimento, uma importante ajuda para a autoavaliação. Por meio do ato empático, a possibilidade de autoavaliação nos remete à constituição dos valores.

A ESF tem como pressuposto o atendimento das famílias que vivem em uma área geograficamente delimitada, de modo que a atenção seja contínua. As equipes devem estar atentas às necessidades das famílias cadastradas, aos valores presentes em cada singularidade, sendo importante a elaboração de projetos para as diversas comunidades que estão inseridas e que, em suas relações, seja possível o reconhecimento das diferenças e da possibilidade de autoconhecimento e autoavaliação dos valores próprios. Compreender a saúde mental na atenção primária significa enfatizar não a doença, mas as necessidades que se revelam no contato com cada singularidade, em busca da constituição de projetos contínuos que promovam o seu desenvolvimento ao longo da vida.

A empatia exerce um papel fundamental no que se refere à possibilidade de abrir-se ao que se revela no contato com o outro, sobretudo no que se refere aos valores. Segundo Stein (1998) vivenciar um valor é fundante a respeito do próprio valor. Quando nos voltamos para as singularidades que se revelam em nossas experiências cotidianas, adquirimos novos valores por meio da empatia, nossos olhares se abrem simultaneamente a valores antes desconhecidos. Quando nos confrontamos com esferas de valores antes desconhecidas, passamos a ter consciência de um valor próprio ou de um defeito, favorecendo uma experiência de confronto e avaliação de nós mesmos. Ao nos depararmos com o mostrar-se dos valores que por si eram não observados, aprendemos a nos avaliarmos gradativamente e de modo justo, ao atribuímos maior ou menor valor a nós mesmos no confronto com os outros. Dessa forma, o contato dos profissionais com os moradores e vice-versa pode oferecer um momento de avaliação e autoavaliação dos valores que se revelam no contato entre cada um ou entre grupos, em que a experiência do outro auxilia na abertura e reconhecimento de novos valores que podem ou não pertencer aos demais indivíduos e pode ser fonte de transformação em direção a um desenvolvimento mais integral das pessoas.

Tais reflexões são fundamentais quando consideramos a ESF como parte da comunidade estatal, que pretende portar como valor aos seus demais membros práticas embasadas numa definição de saúde ampliada, que considere os aspectos físicos, sociais e culturais presentes nas comunidades de abrangências. Pensar sobre a constituição dos valores por meio do ato de empatia é importante também quando consideramos a ESF como um espaço de constituição de grupos de promoção de saúde, pois assim podemos refletir sobre quais valores devem perpassar as atividades construídas e quais valores seus participantes portam para a consolidação de um espaço que pode ser preenchido com a autenticidade de cada um. Devemos nos perguntar quais valores devem permear a constituição de um projeto que se realize ao longo do tempo, seja para as famílias, para os grupos de promoção de saúde

ou para as comunidades de abrangência. Ações que primem pela formação da pessoa humana devem tentar sustentar valores que favoreçam a manutenção e o desenvolvimento da vida humana. Segundo Pezzella (2007) isso significa sustentar o valor do bem, da verdade, da justiça, da liberdade, da beleza, pois não somos somente seres naturais, mas também espirituais, com necessidades que se direcionam a coisas materiais, mas acima de tudo, somos seres com tendências morais, éticas, que devem ser satisfeitas. A autora afirma que para a constituição de um projeto responsável, que vise o desenvolvimento integral humano, devemos nos questionar sobre o horizonte valorativo, ajudar as famílias a organizar tais valores de modo pessoal e torná-los imediatamente ativos diante da própria situação concreta.

A constituição de um projeto responsável deve considerar a formação dos profissionais que se dedicam ao cuidado humano, ao reconhecimento de seus valores, na tentativa de compreender quais são as ideias de ser humano e de destino que perpassam suas ações. Ao considerarmos a possibilidade de constituição de uma comunidade estatal, no sentido proposto por Stein, devemos, então, iniciar nossas reflexões na formação do médico, do enfermeiro, do dentista e dos demais profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio. Devemos retomar os valores que estão presentes nas Universidades e nos centros de formação, em cada professor que se coloca como responsável pela manutenção de valores, que deveriam expressar os embasamentos para uma prática de saúde ampliada, enquanto representantes diretos dos valores propostos pelo Estado. Segundo Pezzella (2003) uma ação educativa pode atingir bons fins somente se é possível conhecer profundamente o ser humano e sua estrutura, se é capaz de apreender a particularidade e as características mais próprias da pessoa com a qual o educador interage, seja este um pai, um professor ou qualquer outra figura que trabalha no âmbito educativo. Para compreendermos como constituir projetos responsáveis, devemos dar um passo anterior, devemos ter consciência dos valores que perpassam as práticas de ensino e de educação. Quais valores se desvelam nas subjetividades dos educadores que são responsáveis pela formação desses profissionais? E, para além da apropriação dos valores próprios, é preciso ainda formar profissionais que expressem em suas atitudes a abertura, de maneira que eles possam colocar em interação os próprios valores e os valores do outro ao qual pretendem cuidar. É preciso que o processo educativo não promova o fechamento da abertura humana, da sua criatividade e singularidade, de maneira que os profissionais possam genuinamente se colocar em relação com os outros que buscam por seus cuidados. De acordo com Pezzella (2007) isso pressupõe uma formação que favoreça a suspensão das próprias convenções e preconceitos, o desenvolvimento de uma escuta atenta, um ensinamento dos valores por meio de ações

concretas, compatíveis com as práticas e atitudes, através de uma experiência viva de responsabilidade e de legitimação do outro. A formação desses profissionais deve visar o compartilhamento dos valores, de modo que auxilie o outro a compreender a importância concreta de tais valores para sua vida, incentivando-o em uma organização consonante com seu próprio caráter, que possibilite uma vida livre e espiritual, de abertura, atenta ao seu “eu quero” e motivado pela apreensão de valores autênticos. Segundo Pezzella (2003, p. 115, tradução nossa):

[...] a abertura ao outro não significa necessariamente ser amigo, mas é um primeiro grau para a compreensão, para a possibilidade de entendimento e somente onde tem a abertura e a disponibilidade é possível fundar uma comunidade que pode se definir como verdadeiramente humana. O fechamento, o isolamento é isso que não possibilita nenhuma cultura, o deixar-se interrogar e colocar-se em discussão, sem medo ou temor de se mostrar por aquilo que se é, representa o único instrumento que portará a humanidade a tornar-se verdadeiramente e autenticamente si mesma.

Antes de concluirmos o que vem a ser “uma humanidade verdadeiramente e autenticamente si mesma” para a perspectiva fenomenológica, Camargo Jr (2003) nos auxilia na reflexão sobre os valores que perpassam, de fato, as práticas e a formação dos profissionais nesse contexto. No que se refere ao modelo biomédico, Camargo Jr (2003), em um capítulo sobre a Integralidade do Sistema de Saúde, cita que “a ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são opostas às ideias agregadas sob o rótulo ‘integralidade’”. Faz referência também a obstáculos sociais e institucionais, citando, por exemplo, os valores presentes na formação do médico: “uma formação profissional que ainda supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior. O trabalho [...] nos programas de saúde da família são vistos como tarefas menores, desvalorizadas pela corporação” (CAMARGO JR, 2003, p. 29). Nesse sentido, as práticas concretas também se opõem à proposta de uma modelo ideal de integralidade. Camargo Jr (2003, p. 34) sinaliza que “o maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam”. Conclui que não existem manuais e nem protocolos universais padronizados para tal abordagem, trata-se de “uma construção cotidiana, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória” (CAMARGO JR, 2003, p. 34).

É possível, portanto, confrontarmos as contribuições oferecidas pela fenomenologia de Husserl e Stein para a compreensão desta realidade ao observamos as demandas apontadas

pelas entrevistas, e que ainda estão em construção e em busca de novos olhares. Constatamos, portanto, a necessidade de formação das equipes com foco nas intersubjetividade e na abertura, de uma abordagem não assistencialista, do desenvolvimento de práticas intersetoriais, da constituição de projetos coletivos que considerem as singularidades e de práticas comunitárias, além de uma transformação de valores de modo a superar o paradigma biomédico. A fenomenologia oferece uma compreensão que pode fundamentar novas atitudes, como, por exemplo, a *epoché* ou o exercício da suspensão dos preconceitos e julgamentos, a definição de empatia para além de uma compreensão de antipatia ou simpatia, a constituição da pessoa em corpo-mente-espírito direcionada à abertura e à liberdade, dotada de uma alma, e que possui também estruturas universais à humanidade, o reconhecimento da singularidade e da diversidade como uma característica inerente ao ser humano. Oferece contribuições, também, a partir da descrição das diversas formas de associação humanas, como a massa, a sociedade e a comunidade, que surgem como propostas de fundamentação para questões tão delicadas e recorrentes, no que se refere à saúde mental na atenção primária. Os conceitos desvelados pela fenomenologia de Stein nos auxiliam na fundamentação das associações humanas e suas importantes contribuições para as propostas de saúde mental na atenção primária, sobretudo no que se refere à comunidade, com ênfase no potencial comunitário para o desenvolvimento humano, que se funda na relação entre sujeitos abertos e solidários, dotados de forças singulares e de almas que coloram diferentemente as diversas experiências. Tais considerações se desmembram nas reflexões sobre as ações da ESF que se voltam não apenas para uma comunidade pertencente à ESF, mas para **comunidades**, sejam estas já existentes (escolas, grupos religiosos, grupos culturais, etc) ou outras em formação e que, conjuntamente, constituem o território de abrangência das equipes. Além do foco nas comunidades, a fenomenologia de Stein nos provoca para refletirmos sobre a possibilidade da vivência comunitária na própria equipe, bem como do papel desta enquanto comunidade estatal, que deve percorrer os valores presentes nos ideais do Estado. Por esse percurso, olhamos também a questão da formação, salientando a necessidade de clarificação a respeito de quais valores se pretende cultivar e desenvolver nas comunidades que estão sob sua tutela, de alunos, de futuros profissionais, de famílias, etc. de modo que valores positivos se consolidem tanto em suas atitudes práticas, quanto nas ações formativas.

Nesse sentido, pretendemos finalizar retomando a necessidade de propormos outro olhar para o ser humano, uma “humanidade verdadeiramente e autenticamente si mesma”, conforme exposto por Pezzella (2003, p. 115, tradução nossa). Para tal, transcrevemos uma reflexão de Husserl (2009) sobre a ideia do verdadeiro homem e da verdadeira comunidade

humana, como finalidade de uma forma universal de vida ética. Nese sentido, deixamos emergir o que Husserl pretende desvelar em seus estudos sobre Ética, que nos informa sobre a **ideia de Homem e de Comunidade Humana**, temas esses que perpassam as relações humanas de maneira geral e que deveriam se fazer presentes nas discussões e reflexões sobre o Cuidado Humano, a Formação Humana e a atenção voltada ao desenvolvimento de Comunidades. Segundo Husserl (2009, p. 236, tradução nossa):

[...] Agindo e se desenvolvendo no seu natural viver cotidiano, o homem busca, imagina, vê em si a ideia de um novo homem, ele, assim que se completa enquanto homem, vê-se em relação com a ideia do seu verdadeiro Eu que ele não é, mas que deve ser, em confronto com a sua vida efetiva ele vê uma vida humana verdadeira e autentica, que ele em realidade não vive, mas que deveria viver. Entretanto é assim presente na ideia do homem, nesta ideia de homem verdadeiro e autentico, que cada indivíduo humano é submetido a sua ideia *individual* de homem verdadeiro e autentico, e que cada um pode se desenvolver como verdadeiro homem somente pelo fato de que cada um busca a sua ideia na ação autonoma como Eu livre (...) o que ele quer, então, de agora em diante é transformar si mesmo no sentido deste seu verdadeiro Eu, quer se criar de novo para assumir as formas deste Eu autentico. Correlativamente a vontade tomou aqui a decisao de regular de modo autonomo e evidente a sua vida, esta vida individual e unica, de regula-la na sua infinidade segundo o sentido de dever absoluto que vale a tal fim e unicamente a tal fim. Nao apenas pensamos no Eu-homem dentro da comunidade humana, apreendemos subitamente como um pressagio o maravilhoso cruzamento das singulares ideias individuais do Si e de todos estes homens, que se estende até onde se atinge a relação comunitária. De fato, assim como para mim o outro é um Tu presente para o Eu, esse põe como finalidade individual a busca de si mesmo e de realizar-se em si mesmo o proprio Ser, articula-se na clareza sobre si mesmo, (coloca) também de certo modo necessariamente a finalidade de buscar o outro e de ajudá-lo no sentido pratico para o seu verdadeiro Ser; [...] Em outros termos, *no fim do verdadeiro amor proprio*, compreendido como um buscar que ama e um criar que desperta o seu verdadeiro Ser, está incluída a *finalidade do verdadeiro amor pelo proximo*, que serve concretamente ao proximo no buscar si mesmo e no (re) formar de si mesmo. Imaginamos, também, que em seguida a isso, sobre todas as individualidades dos singulares, no seu autentico amor proprio e no seu autentico amor pelo proximo, emerja a ideia de uma individualidade social como uma individualidade de ordem superior; ou melhor, a comunidade humana enquanto comunidade de vontade e comunidade de vontade humana, tem sobre si uma ideia individual, de modo similar ao Eu individual: a ideia individual da verdadeira comunidade humana e de uma verdadeira vida humana em comunidade, que, como para o singular indivíduo humano, constitui o seu dever absoluto.

5.2 Contribuições da fenomenologia de Stein para a psicologia na atenção primária

Nosso interesse em discutir sobre a atuação dos psicólogos nos serviços de atenção primária, a partir das contribuições de Edith Stein, advém da necessidade de repensarmos as práticas e a formação deste profissional, a fim de problematizarmos o que vem a ser sua atuação neste contexto. Entre 2001 e 2004 foram aprovadas as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, “firmando nacionalmente que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (CECCIM e CARVALHO, 2006, P. 77). Os autores afirmam, ainda, que para o ensino em Psicologia, a atenção à saúde está definida como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, seguindo seus referenciais profissionais. Isso implica mudanças nas relações de poder entre profissionais e uma mudança nas relações de poder entre profissional e usuário, de maneira a promovê-lo em sua autonomia. Faz necessário, portanto, ampliar as atuações, a fim de preencher espaços não nomeados pela clínica da assistência individual, sem deixar de interrogar sobre o que vem a ser o acolhimento, a responsabilidade pela cura e o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) o NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como professores de educação física, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, para atuarem em conjunto com as equipes de SF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidades das equipes. A consolidação da multidisciplinaridade no campo da atenção primária é recente para muitas especialidades, assim como para a Psicologia e, por isso, pretendemos, com nossas considerações, provocar as outras áreas que se voltam para o cuidado das pessoas, para repensarmos os fundamentos e direcionamentos práticos que pretendemos estabelecer nos direcionamentos de apoio às equipes de SF.

Enquanto psicólogas interessadas no que vem a ser o fazer deste profissional quando nos referimos às ações de promoção de saúde e de saúde mental, vinculadas às pesquisas da área da Psicologia, não podemos deixar de lado a necessidade de nos questionarmos sobre a inserção deste profissional nos NASFs. Desde 2008, temos como pressuposto a inserção dos profissionais, como psiquiatras e psicólogos, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

(NASFs) como suporte às equipes de SF. Trata-se de um contexto de trabalho extremamente recente, que necessita de reflexões e a inversão de uma concepção pautada no tratamento individual de cura. Segundo os pressupostos do NASF, as equipes tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Mas, para que se concretizem ações efetivas neste contexto, precisamos de abertura para novas práticas, para além da clínica individual, é preciso formar. Nesse sentido, consideramos importante evidenciar alguns conceitos fenomenológicos que podem contribuir para a compreensão de um novo fazer em Psicologia, que atenda às necessidades de uma leitura ampliada da Saúde e do humano, retomando algumas reflexões sobre o ato empático, a subjetividade humana, a intersubjetividade e a essência da pessoa, a politização, o conhecimento sobre o Estado e a representatividade no Sistema de Saúde, com o intuito de fundamentar uma formação não centrada na doença e no individualismo, mas na potencialidade do desenvolvimento humano.

Bello (2007) afirma que nas análises fenomenológico-filosóficas de Stein, o tema do ser humano é constante e central. Podemos resumir que sua principal busca foi constituir uma antropologia filosófica de impositação fenomenológica, que se complementa e se sustenta na tradição metafísica antiga e medieval. Stein, desde o período universitário, com o estudo da Psicologia, da História e da Literatura, interessou-se pelo ser humano, volta-se relativamente à singularidade e também às produções culturais humanas. Seu percurso fundamental foi o de escavar o interno do ser humano e, correlativamente, de examinar as manifestações exteriores, motivada pelo desejo de compreender a natureza singular, única e irrepetível, do ser humano e o significado de suas expressões e produções, que possuem um valor intersubjetivo.

Temos um primeiro aspecto para repensarmos os fazeres da Psicologia na atenção primária, pois Stein enfatiza a importância da corporeidade, pouco valorizada nesta área de saber, tão presente e direta na experiência com o outro, sobretudo nas visitas às famílias, no cuidado e no contato que não está, necessariamente, voltado ao tratamento de patologias. Uma das primeiras contribuições de Stein foi seu estudo fenomenológico do ato empático. Segundo Manganaro (2007), a filósofa busca compreendê-lo em sua essência, ela individualiza a sua gênese e a sua estrutura, indaga as suas modalidades de atuação. É, de fato, interessada no conhecimento da experiência do outro, seja no âmbito psicofísico e no espiritual. A sua atenção se dirige tanto ao polo intersubjetivo quanto à raiz da subjetividade. Com suas análises, ela aprofunda nos estudos sobre a relação entre ego e alterego, ilumina o tema da intersubjetividade e se questiona sobre como é possível apreendermos, de modo não

originário em nós, uma vivência pertencente ao outro, ou seja, ela trata do tema da alteridade pessoal. A empatia, nesse sentido, anterior às definições informais de simpatia e antipatia, é uma vivência *sui generis*, que nos consente de apreender o outro enquanto portador de uma vida psicofísica e espiritual, análoga a cada indivíduo humano e, de modo especular, podemos apreender, então, a própria estrutura constitutiva na relação com o outro sujeito, ainda que entre ambos não exista nenhuma identidade. O encontro com o outro nos revela, portanto, o único dado objetivável da alteridade pessoal, *Leib* (termo alemão que se refere a uma corporeidade que não é somente matéria física, mas é também um corpo vivente). A rigorosa descrição acerca do corpo vivo, psique e espírito, animados por uma alma, proposta por Stein por meio do estudo da empatia, possibilita-nos olhar de outra maneira a pessoa a qual voltamos nossa atenção para o cuidado, sobretudo no que se refere à promoção de saúde. Manganaro (2007) acrescenta que é por meio desta corporeidade vivente que podemos compreender as relações intersubjetivas, sendo o *Leib* um imprescindível meio de relação, que, através de um jogo sutil de percepção e a-percepção, torna-se possível apreender a psique e o espírito dos outros *Eus* pessoais. Este corpo revela a peculiaridade de cada ser humano, sua unicidade, dignidade, inviolabilidade e liberdade. Tal concepção supera as conceituações mecanicistas de corpo, que valorizam uma psique dissociada de uma experiência de vida integral. Com tais definições, enquanto psicólogos, não apenas a Psique nos interessa, mas esta se desvela no corpo e nas atitudes, nas expressões e posicionamentos, na totalidade do ser, em relação com uma singularidade que jamais se repete.

Pela empatia, portanto, podemos nos dar conta também da esfera psíquica (*psyche*), pois em analogia a cada experiência própria, apreendemos o que o outro está vivendo, uma série de atos motores e perceptivos, reativos, impulsivos e instintivos. Chegamos também à esfera dos valores, que comportam as atitudes voluntárias, escolhas conscientes, decisões livres e referem-se, portanto, à motivação, à liberdade, à responsabilidade, atingindo o que Stein chamou de espiritual (*geist*, em alemão). Nesse sentido, a forma originária do saber, próprio do ser e da vida espiritual, não se refere a um saber posterior, reflexivo, de um saber que torna a vida um objeto de compreensão, mas é um saber originário, imediato, seja do outro ou de si. Para a autora, isso significa ser nas coisas, olhar dentro de um mundo que está diante da pessoa. E este olhar passa pela existência de um núcleo singular, a pessoa humana possui uma qualidade interior, diversa em cada indivíduo, que determina a plenitude e a vitalidade do agir. A sua plenitude e a sua profundidade descrevem o seu modo de ser, a sua peculiaridade, única, que confere uma impressão singular, original a tudo que provem dessa raiz. Temos uma unidade real de alma (*Seele*, em alemão) e de corpo vivente (*Leib*), que é a

unidade da *Pessoa*. Este corpo vivente tem uma parte interna, interior, íntima e, portanto, não é somente um corpo que percebe. Este corpo pertence a um sujeito, a um Eu que, por meio desta corporeidade, sente seus estados e que pode, também, entrar em profundo contato com o alterego, com o outro, como que este outro vive, prova e experimenta (MANGANARO, 2007).

Isso implica um olhar do psicólogo que não esteja centrado na generalização dos sintomas e das doenças, de tipologias ou de complexos, de transtornos ou de distúrbios, nem de um encontro que enfatiza o enquadramento do outro em diagnósticos pré-definidos. Trata-se de legitimarmos como prática a possibilidade de desvelarmos um núcleo próprio que se revela em uma essência única, não passível de conhecimentos a priori. Segundo Stein (1999d), devemos tornar claro que “todos os métodos psicológicos são tentativas tímidas de penetrar no íntimo da alma, cuja natureza individual ou geral, sempre permanecerá, em parte, oculta” e retoma Platão: “nunca descobrirá os limites da alma, mesmo se percorre-la inteiramente, de tão profunda que é a sua natureza” (Stein, 1999d, p.49).

Além da definição de Pessoa, na qual se torna possível uma compreensão aprofundada do que vem a ser a subjetividade, que nos possibilita compreendermos o outro para além da psique, com ênfase numa integralidade e unicidade, Stein nos oferece fundamentos rigorosos nos aspectos da intersubjetividade e dos valores, que auxiliam no aprofundamento acerca das relações humanas. Em diálogo com Ceccim e Carvalho (2006) às diversas manifestações que temos constatado sobre fenômenos como, por exemplo, o envelhecimento, o medo nas cidades, os ritmos de trabalho e as novas relações sociais, proporcionam um aumento de categorias e especialidades profissionais, justificadas pela necessidade de garantir as condições mínimas de saúde ou a manutenção das condições adequadas de vida. O aumento dos cursos de especialização é decorrente de uma naturalização dessas condições, que, em realidade, não propiciam um efetivo enfrentamento delas. Os autores constataam a necessidade de nos voltarmos aos sentidos, aos valores, aos significados de nossas ações e do que fazemos para as pessoas às quais dirigimos nossas ações. Trata-se de constituir implicações e assumir responsabilidades, num novo processo de formação, que envolva questões de natureza ética e humana, práticas terapêuticas de proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com base nos aspectos corporais, sentimentais, vivenciais, grupais, institucionais e na constituição de ações individuais e coletivas.

Para a Stein (1999b), o ideal seria a combinação de uma formação filosófico-pedagógica, que possa fundamentar o sentido dos singulares campos de conhecimento e qual a sua importância no complexo de um sistema de atenção integral, além de uma formação

especializada voltada aos diversos campos em particular. Nesse sentido, não se trata de abolir os conhecimentos teóricos e os valores já consolidados, mas de questioná-los em suas especificidades e necessidades, numa postura de abertura, de possibilidade de reposicionamentos e adequações às realidades. Não significa abolir a necessidade de compreender o sofrimento psíquico empiricamente, de abandonar as ferramentas de tecnologia, de tratamento, resultantes do modelo atual, mas de utilizá-los a partir de uma compreensão filosófica, de um questionar-se sobre quais as necessidades daquela pessoa que precisa do cuidado e das necessidades presentes neste novo campo de atuação, com a criação de espaços de discussão e compartilhamento entre especialidades e de perguntar-se, diante de cada individualidade, se estes instrumentos atendem aos pedidos daquela pessoa que precisa de suporte. No que se refere à fenomenologia, a legitimação do fazer do psicólogo, cuja base possa ser o desenvolvimento de algo não previsível, da essência de cada subjetividade, é apenas uma das contribuições da filósofa. Devemos reconhecer, também, a duplicidade do ser humano, de uma natureza subjetiva e intersubjetiva.

Neste aspecto, Stein (1999d) traz reflexões fundamentais acerca do individualismo em confronto com a experiência comunitária, oferecendo-nos embasamento, inclusive, para a compreensão da sociedade atual. Nossa proposta, a partir de suas reflexões, é problematizar a formação e a intervenção psicológica direcionada exclusivamente ao indivíduo, que se distancia da compreensão do Homem enquanto um ser em relação. Stein (1999d) parte do pressuposto de que a comunidade é necessária e que sem comunidade, sem vida social e sem a educação dos indivíduos para seres membros de comunidade, a finalidade última do ser humano não é atingida. Podemos partir das nossas experiências cotidianas e nos questionarmos sobre como andam nossas inserções comunitárias? Podemos nos colocar a pergunta sobre por que, em tantos espaços que discutem a Saúde Mental, ouvimos a necessidade de intervenções comunitárias? A experiência comunitária é, de fato, a possibilidade de um novo olhar às necessidades humanas com as quais nos deparamos?

Considerando tais questões, Stein (1999b) aponta a necessidade de uma educação social. Os indivíduos não nascem completos enquanto membros da comunidade, mas devem crescer e formarem-se, serem educados para uma autêntica vida comunitária. Somos resultado de uma sociedade individualista. Nesse sentido, o que vem a ser uma educação social? Devemos considerar tais contribuições em diálogo com as responsabilidades que devem ser abarcadas pelos profissionais dos NASFs, incluindo o psicólogo, acerca do que vem a ser uma educação popular, a educação permanente em saúde, a promoção de saúde e a humanização. Será que os valores atuais contribuem para a consolidação, de fato, de comunidades e das

relações entre sujeitos? As contribuições de Stein acerca da necessidade de uma educação social nos auxilia a entender o por quê da ênfase em propostas comunitárias seja na atenção primária ou nas ações de saúde mental, e também por que torna-se fundamental questionarmos os sentidos presentes na formação e nas práticas.

Para Stein (1999d), um processo sadio de evolução deve conduzir a uma harmonia das forças individuais e sociais. Na sua perspectiva, o individualismo, conforme sugere a filósofa, enfatiza o direito do indivíduo se desenvolver, não reconhece a comunidade primeira, natural, mas considera as ligações sociais que servem para atingir seus escopos individuais e que, posteriormente, podem ser rompidos. O ser humano é individualidade e membro de comunidade, simultaneamente, em justaposição. O indivíduo humano possui uma impositação genericamente humana e, por sua natureza, relaciona-se com os seus semelhantes, vive juntos, delimitando, assim, uma comunhão de vidas que se aproximam, originando determinadas e concretas formas sociais que denominamos de comunidade. Mas, os seres humanos são também dotados de uma impositação individual, de uma peculiaridade que constitui um limite à comunhão dos sentimentos, dos modos de pensar e das ações. Esta individualidade tem um sentido positivo para a vida social, pois constitui um posicionamento inerente àquele indivíduo, tanto nas comunidades mais restritas, quanto no âmbito da inteira evolução humana. Por meio da afirmação desta duplicidade da natureza humana, desvelamos outra faceta do individualismo que não é, em si, prejudicial. O ideal individualista nos possibilita oferecermos o que cada indivíduo carrega de melhor em si, pois, segundo Stein, cada singularidade não é somente representante um tipo ou de outro, mas é indivíduo, único no seu gênero e, por consequência, centrado sobre si mesmo e separado de todos os outros. Ao pensarmos segundo tal perspectiva, vivemos numa sociedade que enfatiza o acesso às mais sofisticadas tecnologias em saúde, aos diagnósticos psiquiátricos, ao desenvolvimento de medicamentos, proporciona a existência de variadas especializações, visando atender um ideal de perfeição e de solução para as questões que se colocaram para a humanidade ao longo da evolução. Neste aspecto, o ideal individualista parece oferecer contribuições para o desenvolvimento da humanidade, mas, a individualidade dos seres humanos coloca um limite para a comunidade. E, a partir do momento que somos indivíduos, todas as comunidades humanas são incompletas. Por outro lado, o indivíduo também é imperfeito, a sua própria natureza fragmentada é um tornar-se, é um ser em potência, mas não é em realidade. Talvez, é em decorrência de uma exacerbação do individualismo que ouvimos de modo tão presente no nosso cotidiano, a ênfase dada para as comunidades, para as intervenções comunitárias e para as relações intersubjetivas, pois segundo Stein, (1999d), um processo sadio de evolução

deveria proporcionar a harmonia entre as forças impulsionadas para o indivíduo e para as comunidades, do que podemos concluir a necessidade de uma educação social, em consonância com a proposta de Stein.

Concluimos, portanto que, tanto o indivíduo quanto a comunidade não são completos, são sempre um tornar-se, sempre algo em vias de se desenvolver. Nesse sentido, podemos ampliar nossa discussão sobre as ações da atenção primária, dando visibilidade para a necessidade de uma orientação que favoreça o formar-se em comunidade e que garanta a manutenção do desenvolvimento da singularidade. Nascermos em uma família, crescemos, pensamos e agimos com os outros, com os adultos, vivemos comunitariamente. Mas, ao mesmo tempo, também como indivíduos, desenvolvemos e deixamos nossa marca nessa comunidade. Dessa forma, comunidade, pertencimento e individualidade crescem e se desenvolvem uma ao lado da outra, mas ao mesmo tempo, lutam entre si. Quanto mais a comunidade envolve o indivíduo e tenta formá-lo do seu modo, maior é o perigo de sua natureza individual ser inibida no seu desenvolvimento e maior é o perigo que a comunidade se torne pequena demais e que ele acabe por separar-se dela, intimamente e, talvez, externamente. Nesse sentido, considerar a duplicidade do ser humano em singularidade e comunidade significa reconhecê-lo em sua própria essência de *Pessoa*, isto é, de um ser dotado de razão e liberdade, de discernimento e que pode operar na base desse discernimento, pode conhecer a si mesmo, aos outros e à comunidade e pode intervir formativamente nos novos membros que a compõem, de maneira a vivê-las, de fato, a partir do espírito e da alma. Chegamos, portanto, na justificativa de Stein (1999d) sobre a necessidade de uma educação social. O homem não vem ao mundo como membro completo da comunidade, os sentidos do pertencimento e da comunidade devem, primeiramente, ser desenvolvidos, pois na sua dupla natureza de homem, existem perigos e potenciais conflitos que devem ser formados. Junto ao indivíduo humano vem ao mundo forças que são tanto da natureza coletivas quanto individuais, que no curso da sua vida devem e desejam se desenvolver. Para isso, segundo Stein (1999d):

A desarmonia entre essas duas inclinações, a individual e a social [...] nos mostra a necessidade de que uma ação educativa no social se fundamente em uma boa base teórica. Esta última pode ser considerada boa quando atingirmos certo grau de discernimento sobre a natureza do indivíduo e da comunidade no geral, e quando avaliamos corretamente o material em relação aos concretos indivíduos sobre os quais devemos exercitar o concreto papel educativo, definitivamente, quando conhecemos os meios que podem conduzir a uma boa integração do indivíduo na sociedade.

Dessa forma, podemos, portanto, retomar nossa pergunta anterior: Poderíamos pensar na atuação do Psicólogo e dos demais profissionais de suporte às equipes de SF a partir de uma concepção que promova o educar social? Podemos esboçar algumas contribuições a respeito da necessidade de desenvolver uma humanização, conforme sugere as diretrizes do NASF, a partir da harmonia entre as forças da pessoa em sua individualidade e em sua coletividade. Novamente resgatamos a necessidade de pensarmos na formação e, dessa forma, pensarmos nos educadores e Universidades, que formam os profissionais. Aqui retomamos a necessidade da politização, do envolvimento de todos para o Bem, a partir de uma ótica ampliada do ser humano, que não se realiza plenamente em sua individualidade e nem na comunidade, que deve discernir sobre o sentido de estar e pertencer à comunidade. Mas, pensarmos em comunidades, seja esta de equipe, de família ou do Estado, significa avaliarmos se estamos verdadeiramente aptos a discernir sobre qual o sentido de tais comunidades e por que desenvolvê-las. E para pensarmos nelas, devemos nos perguntar sobre a individualidade e a possibilidade de uma formação que se permita não saber, sabendo. Que se permita não saber diante da essência humana, mas que saiba harmonizar a sua duplicidade, por meio de um exercício de reflexões, filosofia e compreensões do que vem a ser o ser humano em seu aspecto único e coletivo, em prol de uma formação que se pautela pela potencialidade do desenvolvimento humano, pelo desenvolvimento do espírito, do oferecimento de condições sociais, econômicas, físicas e culturais para a formação do caráter individual e de espaços de diversidades para a expressão de cada essência, de forma que se legitime o dialogar, responsabilmente, com as múltiplas comunidades.

Concluimos esta etapa apontando a necessidade da inclusão nas grades curriculares (e em provocação, também para as demais áreas do cuidado humano) de abordagens que legitimem a dúplici face do ser humano nos aspectos de individualidade e comunidade, que sejam abertas para a discussão e confrontação acerca do que é o ser humano, do que é prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, em consonância com cada referencial de especialidade profissional, em especial da psicologia na atenção primária. E que possam considerar a importância de um ideal, como o proposto pela fenomenologia de Husserl, acerca do Homem e da Comunidade, que expressem a potencialidade de um autêntico amor próprio e autêntico amor ao próximo, superando, assim, as lógicas individualistas, assistencialistas e dicotômicas, que generalizam e discriminam as diversidades existentes nas experiências humanas. Dessa forma, pensarmos na saúde mental na estratégia de saúde da família, no que se refere à psicologia, significa ampliar os olhares para as equipes de Apoio, pensarmos no que vem a ser a atuação do psicólogo como profissional de suporte, responsável pela criação

de espaços de discussão e de gestão do cuidado, tendo como eixo a responsabilização, a gestão compartilhada, o apoio e a coordenação do cuidado, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

5.3 Síntese do percurso

Vimos que o método fenomenológico propõe uma mudança de atitude em relação ao modo de olharmos o mundo, a proposta é conhecer o mundo da maneira como este se mostra à consciência. Não somos mais o centro, mas sim parte dos objetos que compõe esta totalidade. Como objetos, desvelamos, entre outros aspectos, a existência de uma consciência intencional que se volta para um determinado fenômeno e de um ser espiritual, que possui em si a possibilidade de refletir e tomar decisões acerca das suas vivências pessoais, buscando a realização do seu núcleo e a formação do si mesmo que acontece na relação com o interno, com o externo e com a alteridade. Percorreremos o caminho de explicitação de alguns conceitos que definem a Pessoa Humana e também a constituição da vivência comunitária, desvelados por Stein, como a importância do reconhecimento do outro ser humano enquanto Pessoa, que possui a possibilidade de abertura e de liberdade, bem como a existência de um Sujeito Comunitário que carrega em si uma pluralidade de Pessoas, as quais expressam suas características psíquicas e favorecem a constituição de uma força vital para este Sujeito Comunitário e que são alimentadas por meio de trocas e compartilhamentos, sobretudo, com a realização dos atos sociais positivos, do reconhecimento e do desenvolvimento de si e do outro. Vimos que cada Pessoa tem o poder de ser dona da própria vida, a partir de um núcleo próprio e particular que pode se abrir e se relacionar com o mundo externo. Da mesma forma, vimos que a comunidade possui, através dos seus membros, a possibilidade de Vida ou de destruição e anulação, de abertura ou de fechamento das relações, unindo ou distanciando seus participantes. O movimento de abertura recíproca permite a promoção do desenvolvimento da vida espiritual, de abertura aos valores e a assunção recíproca de responsabilidades entre Pessoas, com ênfase para a realização solidária, de desenvolvimento e enriquecimento de seus membros, em uma atitude de conservação e promoção à Vida, com escolhas e realizações que se direcionam positivamente, em prol de uma mútua responsabilização do próprio viver e do viver alheio e da própria natureza. Após caminharmos

por alguns desses conceitos que definem a vivência comunitária, a partir das ações e definições dos entrevistados e do confronto com as concepções de Stein, outra perspectiva se revelou como contribuição para pensarmos a importância da comunidade na ESF: a equipe de Saúde da Família. Entre as diversas comunidades existentes nas áreas de abrangência da ESF, o convívio entre os profissionais de saúde parece nos desvelar dados importantes sobre suas relações e suas vivências enquanto equipe. Pensarmos nos atores que compõe a Saúde da Família e que trabalham em prol de uma visão integral da saúde humana significa pensarmos em como formá-los, como podemos tornar possível um espaço de educação recíproca que atinja às comunidades de abrangência de cada Unidade de saúde. Propor um espaço de educação recíproca significa pensarmos na formação humana desses profissionais, das necessidades e potencialidades presentes em seus relatos, bem como das possibilidades que definem a formação humana a partir das experiências comunitárias. Para isso, confrontamos o que encontramos nas entrevistas sobre a experiência em equipe e quais contribuições Stein pode nos oferecer no que se refere à possibilidade de constituir as equipes de saúde da Família enquanto uma comunidade. Isso significa que, para falarmos sobre ações na comunidade, devemos, anteriormente, refletir sobre a equipe e sobre a potencialidade desta vir a se tornar, no seu cotidiano, um autêntico sujeito comunitário. Continuamos nosso percurso refletindo sobre a função das equipes de Saúde da Família enquanto representantes do Estado, da fundamentação destas a partir de um cuidado ampliado às diversas comunidades, que estão sob tutela do Estado, bem como a importância de uma conscientização política dos seus funcionários e dos formadores que deveriam portar em suas atitudes e práticas os valores ideais para o desenvolvimento livre e protegido das comunidades e dos povos. Após a análise, discutimos as contribuições que a fenomenologia pode oferecer para as práticas, em prol de uma abordagem que respeite o ser humano na sua integralidade e da necessidade de uma educação social, que possa respeitar as forças naturais do desenvolvimento individual em harmonia com a vivência comunitária, pois ambas estão em um constante tornar-se e preenchem a duplicidade do ser humano, indivíduo e comunitário.

Desejamos apontar como considerações finais a importância de reconhecermos tanto às especialidades, quanto às fundamentações filosóficas acerca do ser humano, recolocando, para outros estudiosos, nosso objetivo inicial de compreender a Saúde Mental na Saúde da Família. Certamente outros aspectos se revelarão a cada contato, leitura e reflexão. Realizamos, por fim, um convite para a abertura, para novos fazeres e novas reflexões, para a integração entre as diversidades, sejam estas filosóficas ou científicas, individuais ou coletivas, mas que tenham como o Bem maior a possibilidade de confronto, de discussão e de

crescimento, respeitando as singularidades e cooperando para o ideal de uma Comunidade Humana, em prol de uma concepção de ser humano que ultrapasse as concepções atuais de estigmatização e rotulação da pessoa em sofrimento psíquico, de maneira a oferecer, concretamente, o direito de acesso às pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, a todos os níveis de saúde, em especial, às ações de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental**: políticas e instituições. Programa de Educação à Distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. v. 2.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em saúde mental**: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. 2004. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.

BÉLGICA. Comissão das Comunidades Europeias. **Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: Livro Verde, 2005.

BELLO, A. A. **A fenomenologia do ser humano**. Bauru: Edusc, 2000a.

_____. *Coscienza e solidarietà*. In: BELLO, A.A. **Edith stein**: patrona dell'Europa. Casale Monferrato: Piemme, 2000b. p. 56-65.

_____. **Edith Stein o dell'armonia**: Esistenza, pensiero, fede. Roma: Studium, 2009.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas**. Bauru: Edusc, 2004.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Bauru: Edusc, 2006.

_____. **L'universo nella coscienza** – Introduzione alla fenomenologia di Edmund Husserl, Edith Stein, Hedwig Conrad-Martius. Pisa: Edizioni ETS, 2007.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária à saúde – NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família** <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 7 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha abc do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Secretaria da Assistência à Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Diretório de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 7 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Pacientes de saúde mental se recuperam melhor em convívio social**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24128>. Acesso em: 10 maio 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Volta pra Casa**. Disponível em: <<http://pvc.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2007c.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/>>. Acesso em: 7 jul. 2010.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a Estratégia Saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 26-32, maio/ago. 2005.

CAMARGO Jr., K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARNEIRO Jr., N.; ANDRADE, M. C.; LUPPI, C. G.; SILVEIRA, C. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 30-39, 2006.

CECCIM, R.B, CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 69-92.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF: Ministério da Saúde - Secretaria da Assistência à Saúde, 1986.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

FELDES, J. Il rifugio dei fenomenologia: il nuovo “Circolo di Bergzabern” dopo la prima guerra mondiale. In: BELLO, A. A.; ALFIERI, F.; SHAHID, M. **Edith Stein, Hedwig Conrad-Martius: fenomenologia, metafisica, scienze**. Bari: Biblioteca Filosofica Laterza, 2010. p. 23-50.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR., H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

_____. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, São Paulo. **Anais de congresso**. São Paulo, 1999. p. 145-154. v. 2.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297- 305. 2009.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 2008.

HUSSERL, E. **Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenológica**. Libro Primo: Introduzione generale ala fenomenologia pura. Torino: Einaudi Editore, 2002a.

_____. **Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenológica.** Libro secondo: Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione. Libro Terzo: la fenomenologia e i fondamenti delle scienze. Tradução de V. Costa. Torino: Einaudi Editore, 2002b.

_____. **Introduzione all'etica.** Bari: Biblioteca Filosofica Laterza, 2009.

LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura:** saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2000.

MANGANARO, P. "Einführung" e "mind-body problem". Dalla "svolta linguística" alla "svolta cognitiva". **Aquinas**, Roma, Anno L, v.2, p.465-494, 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. U. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Editora Moraes; EDUC, 1989.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. O que é e por quê a atenção primária à saúde. In: _____. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 13-23.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-297.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: _____. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. p. 115-133.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneira Thompson, 2002.

MOYA, A. L. V. **Cuidado e suporte em HIV/Aids:** crenças e representações de uma equipe do Programa de Saúde da Família. 2005. 50 f. Monografia (Conclusão de curso em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). **Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions.** Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2006. Disponível em <<http://www.euro.who.int/PubRequest? language=French>>. Acesso em: 12 dez. 2006.

PEZZELLA, A. M. **L'antrpologia filosofica di Edith Stein.** Indagine fenomenologica della persona umana. Roma: Città Nuova, 2003.

_____. **Lineamenti di filosofia dell'educazione.** Per una prospettiva fenomenologica dell'evento educativo. Città del Vaticano: Lateran University Press, 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saúde escolar.** Portugal: Divisão de Saúde Escolar, 2006.

_____. **Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016.** Portugal: Divisão de Saúde Mental, 2007.

SILVA, N. H. L. P. **Saúde da família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde acerca do HIV/Aids.** 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, N. H. L. P.; CARDOSO, C. L. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF... Novos rumos para Atenção em Saúde mental?** 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

STEIN, E. **Essere Finito e Essere Eterno: per una elevazione al senso dell'essere.** 4. ed. Roma: Città Nuova, 1999a.

_____. **Il problema dell'empatia.** 2. ed. Roma: Studium, 1998.

_____. **Introduzione alla filosofia.** 2. ed. Roma: Città Nuova, 2001.

_____. **La struttura della persona umana.** Roma: Città Nuova, 2000.

_____. **La vita come totalità:** scritti sull'educazione religiosa. Roma: Città Nuova, 1999d.

_____. **Potenza e atto:** studi per una filosofia dell'essere. Roma: Città Nuova, 2003.

_____. **Psicologia e scienze dello spirito:** contributi per una fondazione filosofica. 2. ed. Roma: Città Nuova, 1999b.

_____. **Una ricerca sullo Stato.** 2. ed. Roma: Città Nuova, 1999c.

VENDRUSCOLO, J. **A criança curada de câncer ingressando no ambulatório de curados:** um momento de passagem. 2006. 181 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ZERBETTO, S. R.; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento não diretivo do enfermeiro com pacientes em processo de ressocialização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 77-83, 1997. Número especial.

ANEXO I



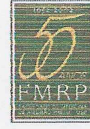
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO

CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA



Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

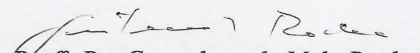
Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331



Ribeirão Preto, 22 de agosto de 2007

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **NARA HELENA LOPES PEREIRA DA SILVA** apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **“SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA COMPREENSÃO A PARTIR DE PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES/CUIDADORES”**, para apreciação sendo aprovado nos Núcleos de Saúde da Família-I, II, III, IV e V do CAP-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.


Prof. Dr. Gutemberg de Melo Rocha
Presidente do CAP da
FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra Cármen Lúcia Cardoso (Orientadora)
Departamento de Psicologia e Educação
FFCLRP - de Ribeirão Preto-USP



FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO
CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA



Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380.
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Of.nº. 514/07/COORD. CEP/CSE-FMRP- USP. 15/10/2007.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 64ª reunião ordinária, realizada em 09 de outubro de 2007, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Saúde mental na estratégia de saúde da família: uma compreensão a partir de profissionais, usuários e familiares/cuidadores”**. Protocolo nº.246/CEP-CSE-FMRP-USP, que será orientado por V.Sª. e pela pesquisadora pós-graduanda em psicologia Nara Helena L.P.Silva, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.^a doutora Cármen Lúcia Cardoso
Docente do Departamento de Psicologia e Educação da
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

