

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E SAÚDE COLETIVA

**“BOM DIA, O DO SENHOR É O QUÊ?”
UM RECORTE SOBRE A PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE
USUÁRIOS E TRABALHADORES EM UM SERVIÇO DE SAÚDE**

JULIANA AZEVEDO FERNANDES

Campinas, Fevereiro de 2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E SAÚDE COLETIVA

**“BOM DIA, O DO SENHOR É O QUÊ?”
UM RECORTE SOBRE A PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE
USUÁRIOS E TRABALHADORES EM UM SERVIÇO DE SAÚDE**

JULIANA AZEVEDO FERNANDES

Trabalho apresentado ao curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.
Supervisão: Rosana Onocko Campos e Lilian Miranda

Campinas, Fevereiro de 2008

Para o meu Irmão

Agradecimentos

À Lilian e Rosana pela feliz combinação de delicadeza e força com que conduziram este ano de Aprimoramento.

Ao Gastão pela oportunidade de partilhar do seu rico pensamento.

Aos colegas de Campinas por todas as trocas possíveis.

À equipe do Centro de Saúde São Domingos e do Distrito Sul pela abertura para nosso aprendizado.

Aos amigos e familiares que fizeram da saudade coragem para estar aqui.

E sempre à “Irmana” e ao “Irmão” que me mantêm viva.

Eu sempre sonho que uma coisa gera

Nunca nada está morto.

O que não parece vivo, aduba.

O que parece estático, espera.

ADÉLIA PRADO

Sumário

Resumo.....	07
I. A Saúde da Família, o Apoio Paidéia e o Centro de Saúde.....	08
II. O Acolhimento no Centro de Saúde	11
III. “O Acolhimento de Saúde Mental”.....	13
IV. Limites do Acolhimento neste Centro de Saúde.....	15
V. Para além de uma indisposição para o encontro.....	21
VI. Considerações finais.....	23

Resumo

Este trabalho tem como objetivo problematizar algumas dificuldades que se atualizam nas relações entre trabalhador e usuário do serviço de saúde a partir da experiência vivida durante um ano em um centro de saúde (CS) de Campinas/SP. Há uma breve revisão sobre as principais diretrizes da Estratégia Saúde da Família, instituída em 1994 sob o nome de Programa Saúde da Família à época, com o intuito de reorganizar a prática assistencial, ampliando a compreensão do processo saúde/doença e, portanto, exigindo novas intervenções por parte das equipes. Neste ponto, há uma discussão sobre os limites do Acolhimento no CS em questão, que não consegue cumprir satisfatoriamente o princípio da acessibilidade universal, tampouco consegue ser resolutivo. Consideram-se como obstáculos para tanto a insuficiente instrumentalização dos profissionais responsáveis para esta função, além dos efeitos da Medicalização Social. Por meio de alguns relatos de casos acompanhados nesta unidade de saúde, são discutidas as possibilidades de intervenção da equipe e propõem-se reflexões para alcançar maior apropriação de ferramentas para aprimorar o trabalho realizado, proporcionar atendimentos de maior qualidade para o usuário, ao passo em que se preserva e se valoriza o trabalhador de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento, Medicalização Social, Saúde da Família, Relação usuário-trabalhador de saúde.

A Saúde da Família, o Apoio Paidéia e o Centro de Saúde

Ao longo de todo o ano de 2007, acompanhei cotidianamente os serviços de um Centro de Saúde (CS) da periferia de Campinas como parte do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unicamp. A maior parte das 40 horas semanais requeridas pelo curso é prática, ou seja, se dá nos serviços.

No meu caso, a escolha foi por uma unidade da Atenção Primária à Saúde que se propõe a trabalhar segundo as diretrizes da Saúde da Família. De acordo com estas diretrizes, o trabalho em saúde deve ser realizado por equipes multiprofissionais que atendem uma população definida do seu território e, portanto, capazes de estabelecer vínculo entre usuário e serviço, bem como produzir ações resolutivas e que promovam co-responsabilização e autonomia do usuário.

O “Programa” de Saúde da Família é uma política do Ministério da Saúde (MS) que, a partir de 1994, surgiu com o desafio de superar antigas dificuldades da Atenção Primária. Até então, havia no Brasil uma Atenção Primária marcada maciçamente pelos Pronto Atendimentos (PAs), que têm altos custos, são ineficazes para as doenças crônicas, promovem pouca autonomia dos usuários e desestimulam o trabalho em equipe.

Segundo Cunha (2005), num primeiro momento, o PSF esteve marcado por formulações de organismos internacionais, situando-se no pólo programático e preventivo. A partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, através da qual o MS tem procurado regulamentar o funcionamento do setor saúde, os municípios foram incentivados pela União a instalar o PSF. De acordo com o Ministério da Saúde (1998, p.01), o objetivo do PSF é

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Apesar do avanço promovido com a instalação do PSF, mudando o modelo de atenção e referenciando a clientela, muitos pontos de dificuldade permanecem no cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Primária, além de ter criado novos

dilemas. Bueno (2003) problematiza sobremaneira a NOB 96 que, ao propor a gestão plena do sistema pelos municípios, cria impasses para este objetivo, na medida em que fere a autonomia de gestão dos municípios: a NOB 96 assume sua posição pelos modelos de ação programática e vigilância à saúde e privilegia o financiamento dos municípios que desenvolverem o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Assim, estaria obedecendo a uma lógica de Estado Mínimo e de mercado, que exclui a população de baixa renda do acesso às novas tecnologias em saúde, compondo para este segmento uma “cesta básica” de serviços (p. 194 e 195).

De acordo com as observações que pude fazer ao longo do ano, confirmam-se as idéias de Bueno e puderam ser observadas dificuldades também no campo das relações entre usuário e trabalhador de saúde no CS em que estou inserida. Podemos pensar que mesmo onde o PSF, e mais, o Apoio Paidéia estão formalmente instituídos, as equipes e usuários não atuam como se estivessem apropriados efetivamente destas lógicas.

Para Campos (2003), o Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, responsabilizando os trabalhadores da saúde e lhes conferindo poder de negociação para co-gerir o andamento do serviço. Este autor, para repensar a prática clínica nos serviços de saúde, considerou as seguintes categorias: a clínica degradada, a tradicional e a ampliada.

Reconhecendo a determinação que o contexto sócio-econômico exerce sobre a prática clínica, Campos (2003) denominou de Clínica Degradada as práticas em saúde que são excessivamente atravessadas pela racionalidade da eficiência e que por isso têm pouca capacidade de resolver os problemas de saúde. Está ancorada no sistema queixa-conduta, não avalia riscos, e trata apenas os sintomas. É a Clínica mais comum nos pronto-atendimentos, mas, também é a de grande parte de nossa atenção à demanda (encaixes ou programadas) em muitos outros serviços. De acordo com Onocko Campos (2001), é esta a clínica da eficiência: produz muitos procedimentos (consultas), porém, com pouco questionamento sobre a eficácia, ou seja, sobre de fato que grau de produção de saúde acontece nessas consultas.

É necessário que se diga que a instituição médica produziu, historicamente, uma ontologização das enfermidades ao tomá-las como objeto de sua prática

clínica, prescindindo das dimensões subjetivas ou sociais do enfermo. Ao reduzir seu objeto de estudo e de trabalho à doença, ou seja, tratando da doença e não da pessoa do doente, a chamada Clínica Tradicional se autoriza na desresponsabilização pela integralidade dos sujeitos. Com a ênfase nas determinações biológicas, produz práticas marcadas pelo mecanicismo e pela abordagem enfocada no processo de cura e eliminação de sintomas. Além disso, a redução do que seria o objeto do cuidado prevê uma multiplicação de especialidades médicas, tornando o processo de trabalho altamente fragmentado (Campos, 2003).

Ao falar de uma Clínica Ampliada, redefiniu-se o objeto, os objetivos e os meios de trabalho da assistência. O objeto de intervenção, nesse caso, é o sujeito, “um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades” (Campos, 2000a: 67). Além da produção de saúde por meio da cura, da reabilitação ou do alívio do sofrimento, outro objetivo da clínica ampliada seria o de aumentar o coeficiente de autonomia e capacidade de auto cuidado dos pacientes para o exercício da cidadania ativa e do protagonismo social (Campos, 2003).

Tendo o vínculo entre profissionais e usuários como eixo norteador, a Clínica Ampliada trabalha dentro da lógica de adscrição territorial, vinculando equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território geográfico particular. Entende ainda que a prática clínica amplia-se com a inclusão das dimensões social e subjetiva no manejo técnico; com a responsabilização dos trabalhadores pelo cuidado integral; e a integração das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Campos, 2003).

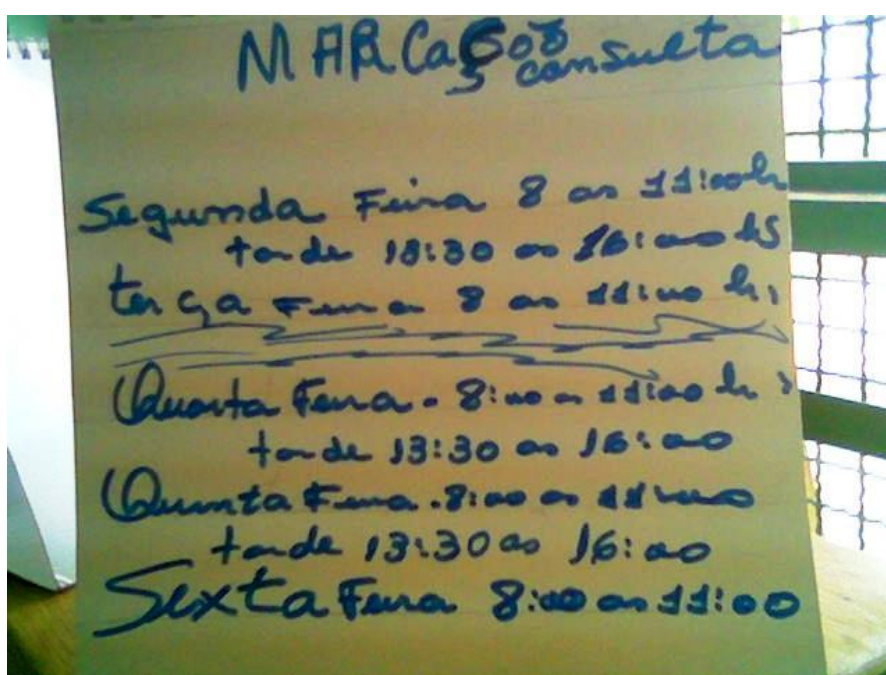
No CS em questão, a construção da clínica ampliada ainda mostra-se pouco factível quando constatamos a potencialidade de certos dispositivos formalmente incluídos se dissipando no dia a dia do serviço. Tomemos como exemplo a porta de entrada para o usuário no CS: a recepção da queixa contada pelo sujeito que se dá através do chamado Acolhimento. As auxiliares de enfermagem são responsáveis por acolher todas as pessoas que procuram o serviço (cumprindo assim a diretriz de acessibilidade universal), a fim de dar encaminhamento à queixa das mesmas.

O Acolhimento no Centro de Saúde

De acordo com Campos, Poli Neto e Tesser (2007), o Acolhimento foi pensado para tentar dar viabilidade prática à missão ética e à ambição político-administrativa de concretizar a universalidade e equidade na interação dos serviços com os usuários:

Em vez de serviços apenas centrados em agendas e procedimentos (consultas), ou em ações programadas para agravos e doenças epidemiologicamente relevantes, serviços estruturados para trabalhar a partir de problemas reais dos usuários sob sua responsabilidade personalizada, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância. (p. 09)

Em uma das equipes do CS em questão, o dito Acolhimento se dá no salão de espera, próximo à porta por onde se tem acesso à unidade. Uma grande fila é formada e o usuário informa sua razão de estar lá sem qualquer privacidade, até um determinado horário, quando a auxiliar de enfermagem avisa que “parou de marcar consultas por hoje”. No caso da outra equipe, duas auxiliares de enfermagem atendem simultaneamente pessoas diferentes na mesma sala, pegando e devolvendo as agendas (do clínico, da enfermeira, da pediatra etc) uma com a outra conforme ouvem as solicitações. Assim, o que freqüentemente ocorre em ambas as equipes é a transformação do acolhimento em marcação de consulta, como podemos ver no aviso que fotografei no CS:



Dando continuidade à trajetória do usuário no serviço, em grande parte das vezes, os profissionais de nível superior, por sua vez, ao receberem o sujeito e sua queixa durante a consulta, querem “resolver” o caso e, feito o diagnóstico, a intervenção terapêutica é exclusivamente medicamentosa.

Certamente que há várias patologias para as quais a prescrição de uma medicação vale como poderosa e talvez insubstituível intervenção. A questão que se coloca é que há um vasto espectro de sofrimento se expressando no momento que os sujeitos vão a um serviço de saúde, que não pode ser combatido com pílulas e ampolas.

A hipótese que pretendo desenvolver a fim de melhor compreender esta prática tão freqüente neste CS diz respeito justamente à condição de não implicação dos profissionais com a demanda real que lhes aparece. O recebimento da queixa do usuário e a insuficiente problematização sobre o que está sendo solicitado, apenas encaixando o sintoma numa marcação de consulta, bem como a escolha da intervenção medicamentosa prioritariamente seriam expressões da Medicalização Social, que expande o campo de intervenção da medicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (Tesser, 2006, p. 02)? Ou, ainda, seria a dificuldade em deixar-se afetar pelo encontro o disparador de atitudes “medicalizadoras”?

A população da região em que está localizado o CS tem como característica básica a carência, seja ela de escolarização, de recursos financeiros, de equipamentos de lazer, de segurança, de emprego etc. O sofrimento que aparece durante os momentos do acolhimento e da consulta, muitas vezes, parece expressão dessas carências e não um problema de saúde, no sentido estrito da biologia anatômica.

Desse modo, vale destacar um importante aspecto a fim de melhor compreender a razão da subutilização do Acolhimento. Considero que a insuficiente problematização das demandas que surgem tem como uma de suas origens os profissionais escolhidos para realizar esta tarefa. Sabemos que o sujeito que vai a um serviço de saúde tem uma queixa e quer uma solução para esta queixa. O que se deve evitar é justamente entrar na lógica de que se há uma queixa, se deve oferecer uma solução pronta. É preciso colocar a queixa em trabalho, depurar o diagnóstico da situação e é delegado justamente aos profissionais de saúde menos instrumentalizados realizar esta tarefa. Os auxiliares

de enfermagem, além de não terem recebido formação adequada no sentido do manejo com a subjetividade, não contam com a troca de informações com profissionais mais amplamente formados que poderiam enriquecer o trabalho dos primeiros.

“O Acolhimento de Saúde Mental”

No caso da saúde mental, inúmeros esforços foram empreendidos no sentido de qualificar a escuta dos auxiliares de enfermagem, na medida em que estive disponível para acolher as demandas conjuntamente, tentando chamar a atenção para a necessidade de análise e contratualização junto ao usuário, eximindo-se de julgamentos baseados em valores morais e adotando uma postura de abertura em que se reconhece o outro como um legítimo outro em sua diferença. Em nossas conversas, comentava da importância de observar em si mesmo e no outro a linguagem corporal, o tom da voz, o olhar, o toque.

Contudo, a alegação da falta de espaço apropriado para oferecer o mínimo de privacidade foi o argumento mais utilizado por essas profissionais para recuar da minha oferta. É surpreendente ouvir esta distinção. A lógica que parece estar sustentando este argumento afirma que para queixas relacionadas às dores de cabeça e estômago, por exemplo, não seria necessário estar atento a uma gama de aspectos que somente teriam possibilidade de emergir em um ambiente relativamente protegido.

Apesar dessa contradição, o máximo que pude avançar durante esse ano foi em relação aos casos entendidos como estritamente da saúde mental. Combinei com as auxiliares de enfermagem responsáveis pelo Acolhimento dias e horários específicos por semana para que fossem encaminhados para mim os casos percebidos no momento do acolhimento como sendo “casos de saúde mental”. Ambas as equipes sentiram-se aliviadas e “cobertas” com a instituição deste modo de funcionar. Embora essa atitude tenha resultado no fim da lista de espera para atendimento psicológico, isoladamente, em nada contribuiu para qualificar a equipe. Uma vez que os casos chegavam diretamente a mim, cada vez menos os responsáveis pelo acolhimento se implicavam com o que estavam encaminhando e com destino possível para as pessoas envolvidas.

Lamento que a troca de saberes entre mim e as auxiliares responsáveis pelo Acolhimento quase não pôde ser concretizada. Em casos isolados, foi interessantíssimo estar lado a lado com estas profissionais dispostas a ampliarem suas escutas, ao passo em que eram valorizadas e reconhecidas na capacidade de compreender aquilo que pertencia ao seu núcleo profissional.

Para ilustrar, gostaria de comentar brevemente uma situação em que, a partir do encaminhamento decidido pela enfermagem após o Acolhimento, eu realizava novos encontros com as pessoas encaminhadas, os quais chamei de Acolhimentos de Saúde Mental.

J. é uma criança de 5 anos e sua mãe pede ajuda pois a criança está agredindo o irmãozinho de pouco mais de 1 ano. A menina parece desconfiada ao primeiro contato e somente com o estabelecimento de encontros freqüentes e de qualidade, compartilha sua vivência comigo. A mãe de J., por outro lado, está ávida por soluções e se mostra angustiada. Acredito que como profissional da saúde mental, pude contribuir com a melhora dessa agressividade incompreendida pela mãe. A menina, que praticamente contava apenas com a companhia de sua mãe, vivia um momento em que teve de ter a atenção da mesma subtraída a partir da chegada de um bebê.

Em nossos encontros, por meio de jogos, desenhos e brincadeiras, a insegurança experimentada por J. como perda foi aparecendo. Atitudes minhas e outras combinadas com sua mãe que lhe confirmassem seu lugar de filha e apontassem o papel de irmã mais velha que emergia ajudaram à criança a conviver mais tranquilamente com esta nova configuração familiar. Num certo momento, foi importante, por exemplo, a orientação para a mãe de que toda a sua atenção não poderia estar destinada ao bebê, sob o risco de resultar em efeitos indesejados não apenas em relação a J., mas para os demais membros da família. Em vários encontros, J. escolhia a família de bonecos de pano para brincar e foi podendo experimentar papéis diversos ao de filha única ou filha caçula.

Gostaria de ressaltar, no entanto, que para além desse aspecto, foi possível observar outras dificuldades ignoradas pela família ou por outros profissionais de saúde. K., mãe de J., é analfabeta, fala aceleradamente, “engole palavras”, troca letras e não foi difícil perceber que J. estava sendo educada assim e passava a falar da mesma forma que a mãe. A absoluta falta de estímulos transformava J. em uma criança de linguagem rudimentar para a sua idade, que sequer conhecia papel

e caneta. É possível inferir que a restrição de linguagem contribuía para a dificuldade de expressar e reconhecer sensações e sentimentos, resultando num padrão de relações marcado por atuações concretas e designado pela família como “agressivo”.

K. é casada com um caminhoneiro, que fica a maior parte do tempo longe de casa. Não gosta de sair de casa, conversar com vizinhos ou parentes e sua rotina resume-se a cuidar dos filhos e da casa. Fala pouco com os filhos e informa que não têm televisão em casa. Ofereço à família ajuda no sentido de promover estímulos para J., tanto para a escolarização quanto para o fortalecimento da rede social. Faço contato com uma ONG do bairro e com a ajuda de uma agente de saúde, a família se informa sobre o local, os procedimentos para a matrícula e as atividades realizadas. A menina então começa a freqüentar a instituição, onde tem a oportunidade de conviver com outras crianças, sendo estimulada ao esporte e à leitura.

O que pretendo pontuar com este relato é que diante da criação de um espaço em que a privacidade e as necessidades humanas mínimas são consideradas, muito pode vir à tona e muito pode ser feito. Acredito que a observação dos recursos limitados dessa família poderia ter sido feita no momento do Acolhimento e medidas poderiam ter sido sugeridas, tal como o incentivo à matrícula escolar. Só foi possível ir além da queixa materna de agressividade quando se estabeleceu como prioridade um espaço reservado e vivo interesse na escuta daquele pedido inicial. Acredito que não é outra senão esta a proposta do Acolhimento: escutar, analisar, interessar-se, depurar a queixa, resgatar a dimensão da responsabilidade, co-construir alternativas que possam responder às demandas apresentadas.

Limites do Acolhimento neste Centro de Saúde

A maior parte das auxiliares de enfermagem responsáveis pelo Acolhimento trabalha neste Centro de Saúde há anos. O que poderia ser tomado como vantajoso, na medida em que conhecem bem a população que utiliza o serviço, acaba por afastá-las dessas pessoas, uma vez que já instituíram inúmeras opiniões estigmatizadoras e preconceituosas em relação às mesmas.

Devo dizer que esta não é uma relação sem reciprocidade. Durante alguns atendimentos, percebi usuários receosos e até em conflito explícito com as auxiliares de enfermagem responsáveis pelo Acolhimento. S. é uma mulher com dificuldades importantes de expressar afetos positivos para o casal de filhos e desde que houve uma suspeita de que sua filha teria sido sexualmente abusada, passou a rechaçar a criança. Por esse motivo estava em atendimento psicológico e ao longo de nossos encontros ficou clara a aversão que tinha às auxiliares de enfermagem, pois considerava que estas “não são médicas, não entendem, não precisam das informações, ainda mais com todo mundo escutando enquanto falo” (*sic*).

Penso que a postura das auxiliares produziu este tipo de relação, pois a banalização da queixa, a falta de cuidado com o momento em que a demanda está se expressando, não as tornaram autorizadas a atuar como profissionais de saúde. Para vários usuários, estas pessoas cumprem um papel de facilitador ou dificultador do acesso à consulta médica, de enfermagem ou saúde mental. Assim, o que podemos observar é a desvalorização da proposta do Acolhimento e o emprego de profissionais de saúde como recepcionistas.

Conforme Campos, Poli Neto e Tesser (2007), no modelo típico da Atenção Primária à Saúde (APS), o usuário se depara com

horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (recepcionistas ou similares) fazem uma “recepção”, em geral, feita por ordem de chegada. Há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de alguns outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são preenchidas por ordem de chegada. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado (p.08).

O que encontramos neste Centro de Saúde, que conta formalmente com a inclusão dos (já não tão) novos dispositivos de atendimento em saúde, é o próprio modelo típico da APS. A sensação é de que a rotina construída há anos não cede lugar ao trabalho vivo em ato. De acordo com Merhy (1997), é o trabalhador de saúde, no dia a dia que constrói um jeito de dar conta da situação conforme sua compreensão do que são as necessidades de saúde e conforme seu compromisso com os usuários.

Assim, nada garante que a adoção formal do Acolhimento promoverá acesso universal ao serviço, já que neste primeiro momento se realizará um

movimento de aceitação ou de negação do usuário, conforme a performance do profissional responsável pelo acolhimento. Ainda segundo Merhy (1995), no momento de

acolher o 'usuário demandante', do ponto de vista de qualquer um que se dirige ou necessita de um serviço, espera-se que se desenvolva um espaço de escuta, um momento de troca de informações e um processo de decisão para se dar prosseguimento a outras etapas do processo de trabalho em saúde. A maneira como este momento se realiza pode alterar completamente não só os princípios constitucionais, mas também garantir ou negar qualidade para os seguintes (p.10).

Para aumentar as chances de que o Acolhimento cumpra bem sua função, é necessário também que haja uma ampliação da oferta de serviços e cuidados na unidade. Enquanto a oferta for apenas de consultas médicas e de enfermagem, nunca haverá quantidade suficiente para atender a todas as demandas que surgem. Portanto, a criação de novos *settings* terapêuticos, individuais e coletivos, diversificando o "cardápio" dos serviços é necessária e deve haver um estímulo institucional para sua construção (CAMPOS, POLI NETO E TESSER, 2007).

Entretanto, não é suficiente apenas a ampliação do cardápio. É essencial que aqueles que oferecem o cardápio tenham disponibilidade genuína para o encontro com o outro em sua alteridade. Tal disponibilidade, segundo o que pude observar junto às auxiliares de enfermagem, não é uma condição naturalmente produzida pelo ambiente de trabalho ou pela convivência no bairro. Ela exige um cuidado na conformação do setting e das relações de trabalho, bem como algum tipo de suporte e instrumentalização para o manejo com a subjetividade humana.

Para além de uma indisposição para o encontro

A precarização das relações entre profissionais de saúde e usuários do Centro de Saúde em questão parece estar intimamente relacionada à compreensão inapropriada por parte de ambos os atores das diretrizes do SUS e do Programa Saúde da Família. Se, de um lado, encontramos usuários que só conseguem explicitar suas demandas em termos de pedidos de procedimentos médicos, de outro, não observamos um esforço dos profissionais no sentido de depurar aquilo que chega do usuário, atendendo-lhe com a marcação do procedimento requerido ou da medicação solicitada.

Penso que a medicalização social está atuando fortemente neste local de trabalho, pois até mesmo os profissionais que em teoria estariam formados mais adequadamente para se dar conta da atuação deste fenômeno, reforçam a idéia de que as queixas dos usuários estão sendo bem encaminhadas quando são alvo de uma atuação medicamentosa ou de um atendimento em saúde que lhes confirme sua condição de doença.

Falta aos profissionais a reflexão de que nem todas as demandas enunciadas pelo usuário serão bem atendidas se transformadas em consultas médicas. Até mesmo nas situações de agravos de saúde, há muito que fazer antes de transformar aquela solicitação numa prescrição medicamentosa ou numa consulta. Pensemos nos casos das gripes e resfriados: cabe ao primeiro profissional que o usuário encontra cercá-lo de informações quanto ao repouso, alimentação, banhos para amenizar a febre etc. Do mesmo modo, se atendemos uma pessoa bastante triste após a perda de um ente querido, a princípio, não está justificada uma intervenção medicamentosa. O acolhimento precisa ser de fato acolhedor e propiciar um espaço de escuta para a dor. Eventualmente, na persistência de sintomas graves, consultas médicas deverão ser acionadas.

Minha reflexão diz respeito justamente aos modos de conduzir o encontro com o usuário, promovendo “soluções medicalizantes”. Considero que um dos maiores nós deste encontro reside na tentativa de fuga à afetação que este pode produzir, uma vez que são usuários moradores daquela região, que estarão sempre reaparecendo. A formação de vínculo e toda a sua potência terapêutica parecem ficar preteridas em favor de uma espécie de auto preservação do trabalhador. Parece ser justamente por meio do seu principal instrumento de trabalho - que Mehry (1997) chamou de “tecnologia leve”, colocada no campo das relações de interação e intersubjetividade – que a relação profissional-usuário é influenciada. A dureza da realidade de vida da população, a incompreensão de como foi formada a subjetividade que se apresenta ali, a dificuldade em admitir algum nível de identificação com o que escuta são aspectos que fazem o profissional recuar do encontro verdadeiro com o usuário.

Não são raros os relatos de profissionais de saúde em que aparece a preferência por trabalho nos Pronto Atendimentos, onde a sensação de que o problema do usuário foi sanado e que não haverá nova oportunidade para verificar se de fato isto ocorrera. E, em caso de coincidir novo atendimento com o mesmo

profissional num PA, há sempre o recurso de encaminhá-lo à sua unidade de saúde de referência para que possa ser acompanhado de perto pela equipe.

Inúmeros são os exemplos que poderia citar para ilustrar quão distantes os trabalhadores estão de um encontro verdadeiro com o usuário que vai ao centro de saúde. Alguns usuários são velhos conhecidos da equipe, pois estão quase todas as semanas no CS. Contudo, o que poderia possibilitar uma gama de informações e problematizações acerca desse uso constante do serviço, na maior parte das vezes apenas produz uma série de julgamentos e indisposições para atender a estas pessoas.

Acompanhei muito proximamente dois desses usuários assíduos do centro de saúde, por assim dizer. R. é um rapaz de 28 anos, já freqüentou o CAPS de referência por mais de um ano e usava inúmeras medicações psicotrópicas. Assim que iniciei o aprimoramento, logo veio pedir escuta e informar que em 2006 era acompanhado por outra aprimoranda. Apesar de não haver registro no prontuário, imaginei que os profissionais do serviço poderiam me contar um pouco sobre esta experiência, sobre quem era R. e quais eram as suas demandas. No entanto, não obtive nenhuma informação por parte dos trabalhadores que, no máximo, diziam que ele era alguém que não conseguia trabalho e estava sempre no centro de saúde querendo puxar conversa e terminava por atrapalhar o serviço dos profissionais.

Ao longo de todo ano, nos encontramos muitas vezes. Até o fim do primeiro semestre, todas as semanas nos encontrávamos e uma relação transferencial de qualidade se construía. R compartilhava comigo suas questões relacionadas à auto imagem, à percepção de si próprio como incompetente e seu desânimo perante o futuro. Durante as nossas conversas, o resgate das diversas atividades informais que desenvolvera, por exemplo, foram o mote para reelaborarmos conjuntamente seu currículo e, além da utilidade prática que foi dada ao mesmo, constituiu-se num ato terapêutico que produziu um desvio numa trajetória em que ele se acreditava impotente, assim como era definido pela equipe do CS. Por vezes, tentei compartilhar com sua equipe de referência algumas informações importantes e que auxiliariam na condução das dificuldades de R., porém, a equipe limitava-se a me parabenizar pelos progressos conseguidos com o usuário, sem tomar para si a responsabilidade por este usuário.

A partir do segundo semestre, os encontros com R. foram menos freqüentes, mas de muita intensidade. Uma ou duas vezes por mês nos víamos e R. apresentava cada vez menos demanda do Centro de Saúde, tendo conseguido trabalho, descobrindo outros lugares para estar e socializar, entendendo melhor suas angústias. O trabalho conjunto com a psiquiatra foi de grande valor, pois pudemos construir junto a R. uma importante reflexão sobre o abuso de medicações psicotrópicas até que, em Setembro, deixou de usá-las. Talvez tenha sido justamente a falta de pertencimento a uma das equipes e a cumplicidade silenciosa por sermos “da mental” que propiciou esta parceria. Atualmente, R. aparece pouco no CS e, apesar de ter ficado desempregado, hoje tem uma ocupação voluntária com as crianças e adolescentes do bairro.

Outro caso que desejo comentar é o de J. Realmente, não parece um caso bem sucedido como o de R., contudo me marcou bastante. J. é uma senhora de 65 anos, viúva e mãe de uma moça de 20 anos com retardo mental leve. Está sempre indo ao Centro de Saúde, queixando-se de problemas de todo tipo: estômago, cabeça, intestino, dificuldades com a filha, inapetência, tremores etc. São muitas consultas por ano, ultrapassando em muito a média estimada pelo SUS por usuário. A maior parte dos sintomas continua sem melhora. Minha aproximação com esta senhora foi muito importante para fazer revelar uma série de questões que estão por trás desse jeito poliqueixoso conhecido pelos trabalhadores do centro de saúde. Num primeiro momento, todos os nossos encontros eram realizados fora do Centro de Saúde. Durante os muitos encontros na casa dela ou caminhando pelo bairro, J. contava suas estórias, sua trajetória de vida, suas queixas em relação à unidade de saúde.

J. sempre foi muito carinhosa comigo, no entanto, quando lhe dizia algo que desagradava, agia agressivamente e com raiva. Poucas foram as situações em que isso ocorreu, mas tiveram efeitos terapêuticos surpreendentes, pois lhe fez refletir sobre sua postura diante daquele que lhe oferece cuidado. Tentei transferir a boa relação construída comigo para um outro profissional ou para a instituição, mas isso não foi possível.

O antidepressivo e o benzodiazepínico prescritos pela psiquiatra eram levados semanalmente por mim para que não houvesse uso inadequado da medicação. Não consegui uma parceria com a agente de saúde ou uma auxiliar de enfermagem para fazer a dispensação da medicação e J. ficava cada vez mais fora

do cuidado que a unidade deveria oferecer para estar exclusivamente com a minha atenção. Entretanto, acreditava que esse contato regular era importante para o estabelecimento de uma relação entre ela e o serviço que se desse em outros termos, em que ela não fosse vista apenas como uma senhora ranzinza, por um lado, e que o CS deixasse de ocupar na vida de J. um lugar negativo de serviço ineficaz e repulsivo.

Ao retornar das férias, vi J. praticamente todos os dias no centro de saúde, mais queixosa do que nunca e chateada com a minha saída. Lamento o insucesso com a passagem deste caso e espero que J. possa ser olhada por alguém da equipe como uma pessoa que além das queixas com a filha e com as doenças, tem uma trajetória de vida singular, que produz efeitos que são de difícil manejo tanto para ela quanto para a equipe e, por isso mesmo, merece atenção.

Considerações finais

O objetivo desse texto, para além das obrigações acadêmicas, era de refletir sobre as relações precárias que se atualizam nos encontros entre profissionais e usuários de um centro de saúde. Aqui, pretendi levantar questões que acredito que possam ser úteis para a gestão e para a equipe no sentido em que elucidam dificuldades do dia a dia que, com algum empenho, podem ser transformadas.

A potência de ferramentas como o acolhimento e a questão da vinculação entre serviço e usuário poderiam ser trabalhadas junto à equipe a fim de promover um espaço para a expressão das dificuldades que cada trabalhador percebe em sua prática cotidiana e que poderiam afetar o bom desempenho do seu trabalho.

Não é simples estar em contato diário com condições de miséria, ignorância e sofrimento. O trabalho na Atenção Básica requer muito mais que um diagnóstico clínico ou uma medicação prescrita. O diagnóstico situacional deve ter igual valor e ser complementar àquele realizado pelos profissionais de saúde quando estamos nos serviços que são porta de entrada para o cuidado.

Tal questão nos remete a uma reflexão sobre a dialética atividade/passividade que se encontra presente na dinâmica da demanda/oferta, tal como ela se apresenta em suas múltiplas variações com as quais os serviços de saúde têm que lidar. Parece-me complicado tomar extremos como modelos de intervenção. Considerar a instituição da quarentena, das notificações compulsórias,

em que o *furor curandis* do aparato sanitário se arvora na condição de um Grande Outro que deve tudo saber e tudo poder é danoso para o usuário e para o próprio serviço. Ao mesmo tempo, um serviço que traz a marca de uma castração radical que não se autoriza a exercer, em nome do outro alienado, qualquer iniciativa, qualquer demonstração do vivo interesse humano pelo usuário que o procura não é menos prejudicial. É justamente este interesse que reflete o patamar básico da solidariedade e da compreensão de que o outro muitas vezes não está causado estritamente por suas dinâmicas subjetivas, de natureza intra-psíquica, mas envolto e produzido por uma rede de significações sociais complexa na qual se insere.

Acredito na co-construção da autonomia (CAMPOS, 2007) – aqui entendida como capacidade da pessoa e da coletividade em lidar com suas dependências, por meio do auto cuidado, capacidade reflexiva e de estabelecer contratos com outros - e na responsabilização de ambas as partes envolvidas no cuidado em saúde como um potentíssimo instrumento para auxiliar no desembaraço dessa trama tão sofrida que pode ser o trabalho em saúde.

Minha experiência prática mostra que tal co-construção ainda requer esforços tanto da gestão quanto dos profissionais no sentido de ampliar os espaços de escuta das dificuldades enfrentadas tanto no ambiente do trabalho quanto nas situações trazidas pelos moradores do bairro.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. *Programas e projetos – saúde da família*. Brasília, DF, 1998, p.1; www.saude.gov.br – acesso em 2007.

Bueno, W. S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b: p.169-196.

Campos, G.W.S, Poli Neto, P. e Tesser, C. *Acolhimento, (des)medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de Saúde da família*, Artigo de divulgação UFSC – Unicamp, 2007.

Campos, G.W.S. Anotações de aula teórica apresentada no Curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unicamp, 2007.

_____ *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____ Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b: p.197-228.

Cunha, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997a: p.71-113.

_____ A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio par público*. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.197-228.

_____ *Universalidade, eqüidade e acesso sim, mas não bastam*, 1995.

www.paginas.terras.com.br/merhy/textos - Acesso 2006.

Onocko Campos. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate* 2001, 25: 98-11.

Tesser, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

Tesser, C.D. *A crise da atenção à saúde e a biomedicina: um ensaio sobre a desmedicalização*. Mestrado. Campinas: DMPS Unicamp, 1998.