



Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

PAP – Programa de Aprimoramento Profissional do Estado de São Paulo
Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde

“O como se faz, faz toda a diferença!”

Tania Duque Lopes

Trabalho de Conclusão do Aprimoramento Profissional em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde sob orientação de Rosana Onocko Campos e Alberto G. Diaz.

Campinas,
Março de 2008 a Fevereiro de 2009



Programa de Aprimoramento Profissional do Estado de São Paulo

Agradecimentos

A *meus pais*, que me “sustentam” e me fortalecem, dando todo porto seguro necessário. Ao apoio as minhas decisões, acreditando em mim. Por todo o amor. A minhas *irmãs* Carla e Nadia, que mesmo distantes, vibram a cada conquista.

Aos *meus amigos*, pelo carinho, tão próximos (mesmo os fisicamente distantes), que me apoiaram em todas as fases, nos sorrisos e nas lágrimas, nas surpreendentes discussões sobre o mundo e sobre nós, nos nossos encontros e nas saudades.

Aos novos amigos residentes: Carina, Luciana e Luiz, por me mostrarem que a potência do mov. estudantil continua depois de formados. Que podemos lutar juntos pelo que acreditamos e enfrentar os desafios com mais força ... E que venha o João de Barro!

A Rosana Onocko e ao Tato pelos ensinamentos, e provocações necessárias, por nos permitir descobrir quem somos nossa singularidade de, e nos mostrar que a nossa trajetória tem um sentido. E por instigar em mim, a minha clínica. Obrigada!

A Rosana Garcia por abrir a sua gestão de forma tão generosa, me mostrando suas potências, ações e fragilidades, o que me fez admirá-la ainda mais. Obrigada!

Aos trabalhadores e usuários do DIC III, pelo carinho e paciência, mesmo com as milhares de perguntas que eu fazia a todo o momento, por me permitirem conhecer a sua história...

Aos Professores Solange e Gastão, pela oportunidade de conhecer novos caminhos, sempre colocando a prova a teoria e a prática. As altas discussões...

Aos queridos argentinos, Eric e Roberto, por nos mostrar que mesmo com vários desafios temos em mãos uma ferramenta poderosa. As altas discussões e cerveja!

Ao Chicão pelo carinho...; Aos toques e correções da Paula, clareando algumas idéias...

A Cris (Psico-DIC III), amiga de muitos anos, por me permitir acompanhar a sua evolução, crescendo e construindo as várias idéias e projetos no trabalho e na vida. Por compartilhar comigo as suas questões...

Aos profissionais da Rede Mista e Reunião de Coordenadores do Distrito Sudoeste, por me acolherem em seu espaço de discussão e contribuir para minhas reflexões.

A *todos* aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, para a minha formação como profissional e de quem sou hoje.

Aos aprimorandos e amigos Cuca, Maony, Déia, Paula, Bruna, Mel, Vivi, Cris, Thais, Eric e Roberto, pela nossa união, algo tão fabuloso e especial. Através da força do nosso grupo, pude me colocar mais, diminuir minhas defesas, e me abrir para novas experiências, novos jeitos. E contribuíram para o meu amadurecimento....

*Com certeza, carrego um pouco do jeito de cada um, e os produtos disso estão nesse trabalho! Grupo que me mostrou ser possível **experimental** e enfrentar as glórias e males do que isso significa, já que tínhamos e temos um grupo que nos fortalecia....*

*" Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."
Antoine de Saint-Exupéry*

(Plagiando uma grande amiga)

ÍNDICE

De estudante a profissional ... da teoria a prática.....	5
A REDE - Campinas a cidade modelo !!!???	7
O Centro de Saúde do DIC III.....	7
A Chegada nesse espaço... ..	9
A difícil arte da Gestão... O como fazer?	10
A Recepção	11
Habitando entre a Saúde Mental e a Gestão.....	13
O Vínculo	14
Matriciamento em Saúde Mental	15
A clínica	18
A Saída.....	20
Referências Bibliográficas	21

*Escrever....
Sentir e fazer sentido...
Se expor, se abrir ao mundo como quiser interpretá-lo
Ser o que se é
Com as idéias que se tem
E com o que se consegue fazer
Expor sonhos
Expectativas
Medo, emoção, intensidade
Se abrir ao mundo que te olha...
Vou correr o risco!*

O objetivo desse trabalho é demonstrar algumas reflexões a partir da prática cotidiana de uma psicóloga aprimorada de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde em meio a um Centro de Saúde da periferia de Campinas. Essas reflexões se baseiam em uma linha de raciocínio um tanto corriqueira, mas que ficou muito evidente a mim: “O como se faz, faz toda a diferença!”

De estudante a profissional ... da teoria a prática

A ansiedade é grande! Despedidas, lágrimas, lembranças! Enfim acabou. Tantos anos estudando e aí vem o título: Psicóloga. Um misto de felicidade e medo. Felicidade pela conquista de uma etapa, a mais importante até então; e medo de enfrentar o que a Universidade tinha me protegido por anos: a realidade e os desafios da prática do trabalho. Eu já sabia deles, já haviam me adiantado! Eu já os tinha visto; poucas horas por semana, nos vários estágios. Medo esse, que logo vira curiosidade, ânimo, paixão de conhecer, saber e vivenciar cada vez mais a prática do cotidiano.

Recomeço. Cidade nova, pessoas e jeitos novos e finalmente a oportunidade de vivenciar as glórias e desafios do mundo do trabalho. Sair da Universidade (UFSCar) que tanto ensinou, e entrar noutra (Unicamp). Mas essa escolha não foi por acaso: ficar na Universidade significava ter um espaço para repensar as práticas do trabalho e não apenas reproduzi-las, como sabemos que frequentemente acontece dada a rotina e a sobrecarga dos serviços.

Ansiedade e expectativa se encontram! Será que conseguirei nesses espaços descobrir como a teoria e a realidade se unem, coexistem, co-produzem³ a fim de dar sentido às práticas? Algumas respostas eu obtive, outras ainda não. Apesar dos esforços, temos todos nossos limites!

Mas ainda há o maior ensinamento: De que estamos em construção! A certeza que saímos de lá (nesse caso, a universidade) pra construir o que ainda não se fez. Que **o como fazer** não está dado e cabe a nós construirmos dentro da nossa realidade. Lembro-me de um dos professores dizendo:

“Os instrumentos estão aí. Vocês escolhem como usá-los.”

Começou. Chega a intensidade do trabalho. Ai vem o cansaço do fim do dia. A percepção de que não é simples. O trabalho suga tuas forças! Muitas coisas a conhecer... idéias a mil. As saídas com os amigos não são tão frequentes, você fica exausto, o pouco tempo fica mais intenso..., mas você vai se acostumando. Opa, se acostumar? Entrar no sistema e reproduzir a rotina... Será que é isso que queremos? Chegar em casa e não pensar mais em trabalho. Será que é isso que conseguimos? Quando nos implicamos⁶ e nos deixamos afetar? Acho que nem sempre é assim. Penso que o trabalho é onde as pessoas passam a maior parte do seu dia, na maioria das vezes. Como não se afetar? Como agüentar as potências e impotências do sistema, e ainda mais do trabalho com pessoas? Não se afetar? Viramos máquinas? Ou mais uma defesa para não ver o que não queremos ou que não agüentamos? Ainda não sei...

Você vai sim, se acostumando com alguns te chamando de doutora, te pedindo respostas que não têm, que as coisas podem ser mais difíceis e enroladas do que aparentavam; do sorriso e empolgação quando algo dá certo. Mas será que vamos nos cansar de repensar o que fazemos (apesar da enorme angústia que nos causa), de sermos críticos, de querermos melhorar? Espero que não!

A REDE

A fama que se demonstra no concreto das ações, mas que ainda resguarda muitos desafios...

Campinas a cidade modelo !!!???

Quando se chega a Campinas, vindo de outras realidades, e se conhece um pouco do interior do serviço de saúde dessa cidade, há o encantamento! A priori, pela qualidade dos profissionais, o nível de determinadas discussões e apropriação de algumas pessoas sobre os assuntos. Realmente alguns longos passos foram dados! O romantismo do idealizado Sistema Único de Saúde da Constituição de 88, vêm à tona e o coração se enche de empolgação e a mente de idéias. Sonho, ideais, um atendimento realmente de qualidade a todos! A todos? Pelo menos para a população que necessita! Para a população que necessita? E aí surgem também os vários questionamentos, entraves e desafios do sistema quando o colocado em prática.

Ah esse tal de SUS... como é difícil transformar as idéias em ações... tem momentos que dá a vontade de perguntar: como é que foi que conseguiu nascer?? Se sustentar (mal ou bem) por 20 anos?!

E as perguntas vêm a cabeça... como funciona? Como se sustenta essa política numa linha neoliberal, onde o mercado praticamente comanda?. Como colocar em cifras (\$) o bem estar social, a qualidade de vida, a integralidade, a qualidade do atendimento, enfim as diretrizes que prega o SUS?...

... Como funciona? Existem milhares de mãos que o sustentam! Há os que acreditam MUITO, sentindo-se agentes de transformação; outros olham meio desconfiados e outros POUCO acreditam, mas afinal todos temos que trabalhar! Profissionais que nem sempre amam o que fazem, que a escolha de estarem naquele espaço se deve mais à necessidade do dinheiro no fim do mês do que no prazer no trabalho, e outros que se motivam, querem mudar a realidade. Todos esses são os que sustentam essa rede de serviços.

O Centro de Saúde do DIC III

A cidade de Campinas possui mais de 50 Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde), divididos em 5 distritos de saúde. Dois deles, o Sul e o Sudoeste possuem o pior ICV¹⁰ (Índice de Condição de Vida) da cidade.

O Centro de Saúde DIC III se localiza na região Sudoeste e possui um território onde praticamente toda a população é SUS dependente. Sua criação foi fruto da luta de moradores dos bairros DIC II e DIC III no ano de 1986.

Ouvir essa história de luta ser contada pela memória viva de Dona Maria, zeladora do Centro de Saúde e uma das moradoras que lutou para a construção desse espaço da saúde em seu bairro, é muito prazeroso. Traz toda a riqueza da proximidade com o território e sua história. Além de poder reviver o sonho e a luta pelo Sistema de Saúde na época. Sensibiliza o olhar e instiga a pergunta: como é esse território?

Um território que contém muitas ocupações, por isso, algumas ruas ainda não são contabilizadas pelo IBGE. Assim, quando o Centro de Saúde foi inaugurado tinha oficialmente uma área de abrangência de 23 mil pessoas, porém extra-oficialmente continha aproximadamente 35 mil pessoas. Em 2007, após esforços dos trabalhadores, da gestão e dos moradores da região, foi inaugurado o Centro de Saúde Santo Antonio. Assim a equipe amarela do DIC III, se desmembrou e se transformou em duas nesse novo Centro de Saúde. Desse modo, a área de abrangência do DIC III foi reduzida a 24 mil pessoas distribuídas em 4 equipes de referência.

A questão que se coloca aqui não é somente do número de pessoas presentes no território (muito além do que preconiza o Ministério da Saúde para a equipe de PSF – 3)¹¹. É também o perfil desse usuário e as necessidades de saúde que ele apresenta. Considero que o Centro de Saúde é um local privilegiado onde podemos vivenciar e ver o usuário não só como um número a mais ou uma doença, mas sim o Seu João, a Dona Maria, que mora na rua tal, tem dois filhos, está desempregada(o)..., ou seja, tem uma história e que pode e deve ser acompanhada para se conseguir identificar de perto, as reais necessidades de saúde na convivência. Mas quem são esses usuários e as áreas de risco desse território?

Em geral, o território do Centro de Saúde é uma região marcada pelo forte tráfico de drogas e em cada uma das quatro equipes há uma área considerada de maior risco. A equipe azul possui um número bem grande de diabéticos e hipertensos. A equipe verde possui em seu território um antigo supermercado abandonado (o Spina), no qual algumas pessoas são moradoras, não havendo nenhum recurso básico como banheiros – as pessoas fazem suas necessidades no terreno baldio ao lado. A equipe prata possui uma área chamada o Aeroaeroporto, onde há casas próximas a um córrego com esgoto a céu aberto e criação de porcos. Essa região também possui vários casos de saúde mental. A equipe vermelha, com a qual tive mais contato, é onde se encontram os usuários com maiores questões sociais, o maior número de adolescentes gestantes, hipertensos, diabéticos e problemas estruturais

familiares (às vezes tudo na mesma família). A singularidade dessa equipe se dá na complexidade dos casos e a forte questão social recorrente. Em relação ao território dessa equipe, há o bairro Jardim Rosalina, que em suas ruas não passam carros, devido a sua inclinação. Assim, o Agente de Saúde da Área tem mais dificuldades de acessos a esse território. Os moradores do bairro DIC 5 de março, são os considerados “difíceis de lidar”, tanto pelas questões sociais, mas por serem tidos como “barraqueiros”.

Cada equipe está subdividida em 4 micro áreas, e em cada uma delas deveria haver um agente de saúde (ACS). No entanto, atualmente cada equipe conta apenas com três agentes, além de três auxiliares de enfermagem, um dentista e um auxiliar de dentista, um médico generalista ou clínico, uma pediatra, um ginecologista. As equipes se reúnem a cada quinzena, exceto a vermelha que é semanal.

Além das equipes, há as áreas meio: a recepção com quatro recepcionistas, a farmácia com dois técnicos de farmácia, a zeladoria (três) e os guardas (terceirizados). Duas enfermeiras gerais, que ficam na assistência do corredor e gerem essas áreas meio e uma equipe de saúde mental composta por uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e um psiquiatra.

Ao todo são mais de 100 funcionários que se revezam entre manhã e tarde, já que o horário de funcionamento é das 7h às 19h de segunda a sexta.

Os auxiliares de enfermagem têm um papel fundamental ao funcionamento: se dividem entre a equipe e suas atividades de área. Assim possuem a função dupla de trabalhar nas equipes em alguns períodos e em outros ocuparem cargos de áreas como saúde do adulto, da mulher, vigilância, vacina, curativo, especialidade, esterilização, farmácia e acolhimento. Por terem essas funções, geralmente a inserção da equipe ficava um pouco apagada. Porém após uma reestruturação do trabalho desses atores dentro da equipe, essa inserção está se tornando aos poucos mais evidente.

A Chegada nesse espaço...

Um ser estranho, novo em um papel desconhecido

O que é um aprimorando? É igual aos residentes? Psicóloga? Na gestão? Estagiária? O que ela vai fazer? Ela vai ficar com a gestora ou com a psicóloga?

Pois é, fui a primeira aprimoranda a habitar esse lugar. Papel novo para mim e para eles. E tivemos que construir juntos quem é esse tal de aprimorando. E ouvia nos cantos...

Quem é aquela moça que vem todos os dias? Aos poucos a equipe foi me conhecendo, uns um pouco mais, outros menos... Ao chegar a esse Centro de Saúde fui bem acolhida pelos trabalhadores, mesmo sem saberem ou conseguirem entender quem eu era. Com o passar do tempo, fui percebendo algumas desconfianças, outros com uma abertura maior, e eu estava lá, bombardeando-os de perguntas. Como funciona isso, aquilo. De onde as pessoas vieram, como chegaram lá. Quanta paciência eles tiveram! Fui ganhando a confiança de alguns e muita coisa eu aprendi, me envolvi e tentei construir com eles! Ah, como é difícil construir em conjunto! Parece mais fácil chegar e fazer do seu jeito. Mas não dá certo. Ainda mais quando se é um estranho. Então, vamos aos poucos, no limite do outro, como na clínica. E a gente segura a nossa ansiedade, que devagar, mas com sentido, a gente vai chegando lá!!!

A difícil arte da Gestão... O como fazer?

Pensar, repensar, fazer planos, desfazer, rascunhar e pensar chegar ao ponto. Pronto! No pensamento do gestor, assim como de um estrategista, parece que vai dar certo! Considerou isso, aquilo; aquilo, isso. Mas muitas vezes, a coisa não flui, não anda, não vira. Mas por quê? Na prática, lidamos com pessoas que tem motivações diferentes, histórias, ideologias, enfim, nem sempre uma combinação que dá certo. Mas precisa dar! Temos um sistema para dar conta, a população precisando da assistência; indivíduos e instituições pressionando de todos os lados e aí como fazer isso funcionar?

Assim que cheguei, ouvi em algumas reuniões a comparação do trabalho em gestão a uma orquestra. Sons, notas, instrumentos, pessoas. Mas sem um ritmo, um corpo, um contorno, a música vira barulho.

O gestor necessita algumas vezes ter sensibilidade, outras, precisa ser mais duro, cobrar, ou elogiar, legitimar ações; precisa desconstruir fatos e muitas vezes precisa ser humano, errar, saber concertar e acertar (ou simplesmente não saber). E nisso compor o arranjo delicado da melodia de sua orquestra.

Esse ator está em meio a várias forças e poderes: o macro, composto pelo nível central – a secretaria de saúde – os distritos e o micro político formando pelos usuários e profissionais que compõem o sistema. Além desses poderes, há o poder Federal que comanda algumas políticas públicas e propõe diretrizes que podem ou não ser seguidas.

Como se faz? Essa é a diferença. Será que acabo de descobrir a singularidade da gestão? Cada gestor imprime o seu jeito, a sua marca, assim como cada trabalhador. Porém o

gestor dá o contorno, o ritmo a música que toca. Desse modo, apesar de haver diretrizes, apontamentos dados pelo Ministério da Saúde, que são importantes para direcionar o cuidado, a singularidade da gestão local se torna fundamental para o trabalho em saúde acontecer. O estímulo ou não aos seus funcionários em serem criativos, a repensar o seu trabalho é algo difícil e trabalhoso, mas necessário. Isso não se consegue mostrar em números ou cifras. Mas dá o tom a música, podendo ser essa agradável ou algo de ensurdecer os ouvidos.

E foi isso que eu encontrei; um centro de saúde com suas marcas: dos usuários, dos seus trabalhadores, dos antigos aos novos, de sua gestão. Cada um com seu jeito, sua singularidade, sua história, suas defesas e potencialidades.

A Recepção

Onde o SUS se coloca a prova??!...

Telefone toca. Usuário querendo ser atendido. Caras feias. Demora. Não senhor, hoje infelizmente, não temos médicos!... É só virar a esquerda. Nossa! Para isso tive que esperar tanto tempo e pegar senha? Intensidade... Quero marcar com o médico. Primeiro, você tem que passar com a enfermeira da equipe. Por quê? Não tenho autorização para marcar direto na agenda do médico. Correria. O telefone não pára de tocar.... De repente a sala de espera se enche. Senhas amarelas, vermelhas. Qual o número da sua pasta? Não tenho. Sem o número da pasta, fica mais difícil. Vamos às fichas índice, uma por uma. Qual o nome do chefe da família?... Tem como eu passar hoje pelo médico? Qual a sua equipe? Não sei. Seu bairro? Dic 5. Dic 5 ou Cinco de março? Cinco de março. Equipe Vermelha! A agenda dele só abre dia 30... Vim buscar meu exame. Número da pasta? 15436. Puxa! A pasta dele não está aqui. Angústia. Onde será que está? Vamos à procura pela unidade. Só um minuto senhor que vou achar a sua pasta. A minha pasta sumiu? Como assim?... O profissional entra na recepção: Por que marcaram esse horário para mim? A agenda tava fechada. Para mim aqui está aberta! O fluxo mudou, você não sabia? O profissional sai... mais cara feia... Outro profissional entra: Bom dia! Corrido por aqui hoje hein! É que hoje não choveu!... Novo paciente, cadê as pastas novas? A secretaria disse que não vem mais, elas eram caras, voltamos novamente aos envelopes! Como vai colocar aquelas famílias enormes num envelope? Vai amassar tudo! Não sei!? Cadê as fichas de evolução? Não tem, estamos usando esses rascunhos.

.... Profissionais entram para pegar pastas, se encontram. Oi tudo bem, preciso falar com você do caso tal.... Do outro lado do balcão o paciente comenta nervoso com o outro. Tanta gente lá dentro e ninguém vai me atender?!

Ufa! Realmente temos muito trabalho pela frente! Unidade Básica. Porta de Entrada. Recepção. A linha de frente. A primeira a receber o usuário do sistema. Mas me vem uma pergunta. Será que a comissão de frente conhece o SUS, sabe das suas diretrizes? Infelizmente e provavelmente não.

Ficar na linha de frente, não é fácil mesmo! E o que falta aqui? Esse é um problema de gestão? Os usuários têm que ser mais pacientes, aliás, são muitos ao mesmo tempo? O profissional da recepção tem que saber lidar melhor com os usuários e com as mudanças do fluxo? O profissional da assistência tem de ser mais compreensivo?

E a culpa é de quem? Pergunta-se. Bem, acho que culpa não é uma boa palavra, nem um bom conceito. Há sim muitas defesas de cada lado. Aliás somos mais de 100 funcionários. Confesso que, como psicóloga, me preocupei em um primeiro momento com a saúde dos trabalhadores da recepção, sob todas essas pressões, tendo que se sustentar entre o usuários, os funcionários e a gestão. Logo depois, ao ter um olhar para o usuário, cada qual com seu sofrimento e fragilidade que o levou ao Centro de Saúde, querendo ouvir uma resposta ao seu problema (de preferência aquele que ele quer e veio procurar), tendo que ouvir: “Não, volte mais tarde”. Senti frustração. Olhando do ponto de vista do gestor, a recepção é uma área meio complicada mesmo, mas também é mais uma de muitas dentro de toda complexidade que é uma Unidade de Saúde hoje. Afinal, todos esses atores têm razão e também os seus limites!

Ampliando mais um pouco a visão de quem é a responsabilidade ou algo do gênero. Encontrei nesse espaço, outras reflexões. Vi que podia analisar ali, as várias ideologias existentes, principalmente a do próprio SUS. A mais macro, como as diretrizes do Ministério sobre a atenção básica, passando pela Secretaria de Saúde e a política do atual governo, até a micro política do cotidiano. Essa análise em potencial me instigou. E comecei a encarar a recepção como o coração da Unidade, lugar onde eu podia ver e analisar, se esse tal de SUS funciona mesmo, suas diretrizes e conceitos através dos pequenos gestos, situações e fatos.

Na recepção era possível também ver como todo o processo de trabalho acontecia, desde a chegada do paciente a sua saída. Com isso, ficou claro que é preciso haver toda uma estrutura por trás que garanta ou não a qualidade da assistência na atenção básica. Desse

modo, quando o paciente chega à unidade e traz a sua demanda, dispara vários processos para dentro do serviço que podem ser ou não efetivos e resolutivos.

Dentre a alta quantidade de demanda existente, a maioria dos fluxos é eficaz. O desafio é conseguir conciliar nesse emaranhado de caminhos diversos e complexos, uma forma, um jeito, que seja eficaz e flua com o andamento dos trabalhos. Lembrando que se trata de pessoas que, mesmo com regras, ordens e tudo bem esquematizado, têm sua motivação e seus jeitos de fazer. Logo, como conciliar tudo isso e retirar o melhor de cada fazer? Eis o desafio!

Habitando entre a Saúde Mental e a Gestão

*Uma verdade
Não é única,
Mas é minha,
Por isso, a priori, já limitada
Mas é um olhar
Nem mais, nem menos
Simplesmente um olhar
Que reflete o hoje,
O agora, a um segundo atrás...*

A crise pode ser produtiva! É isso que a Psicologia nos ensina em sua teoria, principalmente quando se refere aos sujeitos. Porém, para que isso aconteça (ser produtiva) é preciso saber interpretar essas emoções, escutá-las e dar-lhes um sentido. Essa não é uma tarefa fácil! E o sujeito muitas vezes precisa de alguém para lhe oferecer o suporte, sustentar essa crise e construir em conjunto esse sentido.

Na gestão também há crises e elas precisam ser igualmente produtivas. Se não for desse modo, não há sentido, pois acabam se transformando em puro reclamar, discordar e gerar conflitos, dando continuidade ao mesmo ciclo. Tem que disparar processos, fluxos e fazer cada um repensar “a sua tarefa de casa”.

Assim, tanto o cuidado com o sujeito, como o cuidado com a gestão precisam de uma forma, um contorno para poderem existir e coexistirem.

Será que com isso, acabo de aproximar a Psicologia da gestão? Instituições antes tão diferentes e agora tão próximas. Para mim, nesse instante, a gestão do cuidado e o cuidado da gestão passam a andar bem mais próximos, podendo se completar em alguns momentos.

O Vínculo

*Se o como faz, se torna mais uma vez importante,
Quem cuida da equipe, quando o vínculo (a qual se propõe) a afeta?*

Segundo o Programa de Saúde da Família, as equipes de referência são a base para essa estratégia na Atenção Básica e um conceito fundamental que orienta a prática da relação profissional-usuário é o vínculo estabelecido⁵.

Mas o que se faz após esse vínculo² estar presente entre esses atores? Qual o respaldo que o funcionário tem para tratar as questões que o afetam no trabalho? Por exemplo: o vínculo é construído e o paciente falece, ou há algo que o profissional é impotente na resolução. Ou seja, sabe-se nome, família, história ou há uma relação muitas vezes de anos com o(s) paciente(s). Como lidar com o outro lado dessa diretriz que foi criada para qualificar a assistência, mas também deixa marcas nos trabalhadores? Como não se afetar pelo trabalho? Como não se implicar?

No ideário das teorias, a equipe teria de ser capaz de acolher esse trabalhador em sofrimento, elaborando as questões no próprio trabalho. Mas quem preparou a equipe para isso? O que acontece na maioria das vezes em que temos um agrupamento de pessoas, e não realmente uma equipe, que consiga além de discutir casos, falar sobre os próprios problemas e que os indivíduos consigam se sentir a vontade para colocar suas dificuldades nos processos e serem acolhidos de alguma forma. Sentir no grupo a base e respaldo para o trabalho. Desse modo, o que vemos, geralmente é o conceito de equipe se distorcer para um grupo de profissionais que participam de reuniões conjuntas de especialidades diferentes, não tendo a capacidade de atingir o objetivo proposto acima.

Em qual equipe que conhecemos se fala abertamente de um caso que afetou algum profissional, ou que está acarretando problemas ou sobrecargas para um ou outro? O que é do trabalho não deveria ser elaborado no trabalho com a ajuda do grupo envolvido, ou seja, a equipe? Sim, houve um grande avanço nas unidades onde as equipes que não se reuniam, agora discutem casos a fim de criar alguns Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). No entanto, falta dar respaldo para o profissional realizar seu trabalho sem adoecer, para além da assistência ao usuário.

Com plano de humanização do SUS, colocou-se em evidência a importância do vínculo profissional-usuário. O Programa de Saúde da Família veio contemplar essa premissa, criando toda uma estrutura para favorecer o vínculo pensando na melhor assistência do usuário. Porém creio que o sistema não criou mecanismos para fortalecer o profissional a

estar apto a lidar com esse vínculo no que ele tem de positivo (a confiança que o paciente sente em relação ao profissional, maior humanização), mas ao mesmo tempo o lado negativo do vínculo (como o sofrimento do profissional ao deparar com questões que atravessam seu cuidado, como as necessidades sociais). Principalmente em locais onde o setor saúde é umas das poucas representações do poder público existente.

Acredito na premissa de que o vínculo melhora a assistência, mas também creio na necessidade de se ter condições e estrutura para tal. Caso contrário, ou o profissional sofre a cada impotência ou limite do sistema, prejudicando a sua saúde ou ele se defende disso, evitando essa angústia de se vincular ao sujeito e prejudica a qualidade da assistência. A solução é não se deixar afetar pelo trabalho? Não se implicar com ele para não sofrer? Espero que não. Pois esses afetos são muito potentes à construção de novos jeitos e formas de fazer o trabalho em saúde. Almejo que consigamos achar outras saídas...

Matriciamento em Saúde Mental

Quando entrei em contato com esse tipo de arranjo, achei algo muito interessante. Nesse ano vivenciei algumas das dificuldades de colocá-lo em funcionamento em uma equipe de referência, já que “o como fazer” dessa prática ainda se encontra em construção.

A diretriz do matriciamento² em saúde mental o define como uma estratégia pedagógica⁴ para auxiliar os profissionais de saúde a lidarem com as questões de saúde mental, já que são raras as formações que contemplam essa temática (graduação).

“O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas,... A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos”.

(FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009)⁴

No Município de Campinas, há pelo menos dois tipos de matriciamento¹ em Saúde Mental, com processos de trabalho distintos. A do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que desloca os profissionais a reuniões pontuais na Atenção Básica e uma equipe de saúde mental composta geralmente de um psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra que fazem parte da equipe da Atenção Básica e vivem os cotidianos dessa, e é referência para os Centros de Saúde que não possuem esse recurso. Vou me ater aos processos de trabalho dessa última.

Do ponto de vista do matriciador, há a idéia de que quando o profissional de saúde mental chegar à unidade de saúde, as equipes estarão constituídas e funcionando muito bem entre si, e ele tem a função pedagógica de colocar uma questão específica a ser discutida, trocando os conhecimentos entre os atores envolvidos.

Apesar das experiências já relatadas na literatura, o matriciamento ainda está em construção. O entrar na equipe, o discutir os casos, a resistência de uns, a abertura de outros, os olhares, as caras feias com um “*Não*”, e o encaminhamento para o matriciador na maioria dos casos. Falta de preparo? De estrutura? Talvez...

Entrar nas equipes e tentar com que o matriciador cumpra realmente a sua função de trocar o conhecimento adquirido, instrumentalizando o profissional de saúde a lidar com os casos de saúde mental, acaba sendo dificultado pelo receio e resistência de trabalhar com essa clientela.

Então me coloco a questão: Sabemos que a base do acolhimento⁸ em saúde mental está na escuta qualificada e no vínculo estabelecido entre profissional–usuário, para que esse possa colocar suas questões de forma tranqüila, a fim de o profissional e a equipe darem andamento ao caso. Desse modo, como trabalhar questões de saúde mental com os profissionais, se esses têm temor sobre o que vai ser dito pelo paciente, ou o receio quanto ao próprio estabelecimento do vínculo e entrar também em angústia?

Logo, o profissional de saúde mental necessita além de sensibilizar o trabalhador para as questões de saúde mental, dar-lhe o respaldo para tratar com as questões suscitadas pelo encontro profissional-paciente, ou tentar potencializar a equipe para oferecer suporte e apoio ao trabalhador.

Realmente, isso não parece fácil! Implementar algo novo, lutar contra a lógica existente e modificar uma cultura ainda baseada na assistência, produção e queixa-conduta.

¹ Esse conceito de matriciamento realizado pelos CAPS e pela Atenção Básica, não é algo consensual, há profissionais que debatem essa questão alegando que não pode ser considerado matriciamento a discussão de casos com profissionais da mesma área.

O que será preciso, dentro dessa conjuntura, para não se desviar do caminho da proposta inicial? Eis o processo de construção a ser feito.

Infelizmente, apesar de esforços, algumas das equipes de saúde mental não conseguem fazer o que se propõem. Vemos que nas unidades básicas, a equipe de saúde mental tem a maior parte da sua agenda para atendimentos e o restante para reuniões de equipes ou externas (temáticas como a Rede da criança, Fórum de álcool e drogas, etc). A demanda existe e é grande, casos que precisam ser atendidos, mas será estamos conseguindo a qualificação dessa? Atender somente os casos “clássicos” e específicos de saúde mental, mesmo havendo sujeitos em sofrimento psíquico (angústia com a vida, desempregos, etc)⁹. Psiquiatrizar os casos sem uma discussão sobre o contexto social em que vivemos?⁷

Chegamos a um impasse ético do profissional da saúde mental. Mesmo estando, em tese, na lógica de matriciamento, essa logo se torna uma lógica assistencial. Por quê? Vou tentar colocar algumas hipóteses e reflexões a seguir:

A chegada do profissional de saúde mental em uma unidade básica, geralmente é sentida pelos profissionais sobrecarregados (já que a quantidade de pessoas adscrita a cada área passa e muito a população ideal da Estratégia da Saúde da Família) como um alívio. E, na maioria das vezes, são feitos vários encaminhamentos a esse profissional. Ao contrário do que se imagina os casos atendidos na Unidade Básica não são mais simples do que no nível secundário, já que os problemas sociais, de estrutura familiar, violência doméstica são casos recorrentes e diários. Desse modo, o profissional de saúde mental que tenta implementar o matriciamento e se recusa a atender sozinho, ou rejeita os casos encaminhados pedindo discussão antes, de modo a formular essa estratégia pedagógica, é visto pelos outros profissionais como o de não-apoio, “folgado”, e quebra assim, o vínculo com alguns profissionais. Para ilustrar isso, presenciei certa vez uma funcionária brincando dizendo: “Você quer que eu faça o seu trabalho, é”. Apesar de uma brincadeira, isso mostrou a mim a forma com que encaravam o trabalho do profissional na unidade.

Outro fato importante a se considerar é o entendimento que o gestor faz do matriciamento em saúde mental. Já que isso será fundamental nos arranjos que esse profissional se autoriza a realizar na unidade. Certa vez, presenciei uma gestora em sua fala, considerando que o “matriciamento” somente acontecia porque faltavam recursos humanos naquela especialidade e não uma estratégia de arranjo, como é dada em sua diretriz.

Com essas dificuldades, imagino que o profissional de saúde mental se vê em um dilema ético: colocar-se à disposição para atender a demanda crescente em sofrimento ou

potencializar o trabalhador, tendo que selecionar os casos atendidos, mesmo que a demanda seja grande.

Considero que para auxiliar o profissional de saúde mental nesses embates, é instrumentalizá-lo com algumas ferramentas de gestão. O profissional quando é formado, sai qualificado para fazer assistência e não gestão dos casos ou mexer com arranjos institucionais. Ponderando todas as complexidades da lógica matricial, o profissional para trabalhar com essa, precisa ser instrumentalizado para superar os desafios de ser um modelo contra-hegemônico. Já que a lógica do serviço ainda é assistencial e esse arranjo se propõe, além disso, modificar a cultura somente assistencial, e conseguir ser pedagógico e potencializar os saberes dos atores envolvidos. Além da necessidade de se demonstrar ao gestor que a sua produção nesse modelo é efetiva.

Outra dificuldade do profissional de saúde mental é que muitas vezes ele se sente solitário dentro dessa lógica inserido dentro do Centro de Saúde. Assim, são necessárias reuniões de planejamento de estratégias da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica a fim de instrumentalizar e dar potência aos profissionais da saúde mental, já que se trata de algo novo e a ser construído. Como as reuniões da Rede Mista, onde se reuniam os profissionais da saúde mental do distrito. Considero esse, um espaço potencial de gestão, se esse conseguir fazer uma articulação de tanto fortalecer os seus profissionais quanto tensionar os órgãos externos a criarem maiores condições, estrutura de trabalho e fortalecimento das diretrizes. Espaços dentro da unidade, também são fundamentais, nos quais se possam criar estratégias em conjunto com os profissionais da equipe para conseguir atender as suas necessidades e da população.

Contudo, se as equipes da ESF não conseguem ou não são estimuladas a se estruturarem enquanto tal (em equipes), o matriciamento da Saúde mental se torna mais complexo e os profissionais de saúde mental ficam perdidos e isolados com os desafios de se construir algo contra hegemônico. Assim, duas premissas podem ser colocadas para efetivar as ações no matriciamento: potencializar as equipes de PSF e instrumentalizar frequentemente os profissionais de saúde mental.

A clínica

A rica construção que se dá a portas fechadas

Essa parte do meu trabalho talvez seja a que menos expus às pessoas de dentro do serviço, mas que produziu uma grande diferença no meu processo de trabalho e fundamental as minhas reflexões. Apesar de haver a equipe e os outros dispositivos de discussão, quando

se fecha a porta, só restam: você e o paciente. E uma relação a ser estabelecida ali. Apesar de parecer banal, essa relação, esses dois sujeitos que se afetam entre si, podem ser agentes e sujeitos de transformação, dependendo do investimento que ali for feito por ambos.

Os pacientes vieram a mim encaminhados pela equipe, de graves a leves, uns que pediam apenas uma orientação, e de aparente fácil resolução, e outros que necessitavam uma intervenção longa e profunda. A construção feita em conjunto a esses pacientes foi algo realmente muito rico, porém nos mais graves foi um tanto marcante. Casos que “eram para CAPS”, que por algum motivo não se adequaram, ou casos que ficam no meio termo entre diferentes níveis de assistência. Grave para a estrutura da atenção básica e leve para a estrutura do CAPS, que muitas vezes acaba ficando no Centro de Saúde.

Acabei por investir em alguns pacientes: sessões semanais, discussões freqüentes dos casos, visitas domiciliares; angústia em alguns casos, a aparente impotência em outros. Havia uma aposta! O que mais me marcou nesses pacientes foi o nível de sofrimento. Muitas vezes, pessoas difíceis de lidar, mas que precisavam de ajuda. Por outro lado, o sentimento de impotência da equipe nas suas ações, após varias tentativas sem sucesso. E a constatação e espanto ao se deparar com a quantidade de casos complexos naquele território.

Dentre os casos que acompanhei, quatro deles me chamaram mais a atenção. Dois deles, psiquiátricos: o de uma mulher de aproximadamente 40 anos que se queimava com o ferro de passar roupa e o de outra mais jovem, com tentativas graves de suicídio, limítrofe e sem um diagnóstico claro. Os outros dois casos de pessoas que adoeceram sob uma condição e estruturas sociais que não ajudam. Um cuidador da sua esposa (que sofreu 3 AVCs e que está em processo semi-vegetativo), e entrou em uma depressão ao entregar a sua vida ao cuidado dessa mulher, ao mesmo tempo que coexistindo a contradição de querer continuar a viver. Outro de um senhor de 81 anos, após uma vida independente, se vê debilitado a um cômodo, sem poder se deslocar devido a uma fratura do fêmur, dependendo da boa vontade do próximo. A família praticamente o abandona e ele entra em depressão, só nesse quarto, espera a morte chegar. Há um empenho grande da equipe, e isso foi o que mais me marcou, indo quase diariamente visitá-lo, e tentando várias formas de resolver a situação, mas ao mesmo tempo surge a impotência, já que o caso ultrapassa os campos da saúde e a sensação que fica, é que não se tem mais nada a fazer.

Todos esses casos fizeram-me ficar mais sensível a como esses pacientes afetam os profissionais e também a mim.

Logo, os questionamentos que me fiz durante esse processo, foram tanto em relação à estrutura existente quanto a clinica na Atenção Básica. Será que eu podia aprofundar os casos,

porque era uma aprimoranda? Tinha uma agenda que disponível a fazer sessões semanais, sem pacientes batendo a porta? Será que é possível fazer uma clínica aprofundada na Atenção Básica e assim ser resolutivo? E os impasses sociais que atravessam a clínica, são possíveis as parcerias e haver resolução? Essas questões, eu ainda não consigo responder. Porém, foi fundamental o aprofundamento do meu núcleo² para compreender o campo³ de ação e as possibilidades nele existentes. E assim, aprimorar, aperfeiçoar e amadurecer o trabalho do dia-a-dia.

A SAÍDA...

Aos poucos, fui conquistando o meu espaço, dando contorno aos meus trabalhos e projetos, construindo o papel de aprimoranda em conjunto aos profissionais da equipe e dando o tom à música desse ano de formação. Ao mesmo tempo, consegui dar sentido a algumas coisas que estava em busca: a aproximação da clínica com a gestão. As sutilezas da gestão atreladas a delicadeza do olhar humanizado da clínica. Olhares esses, que se tornam fundamentais para dar sentido e realidade a quaisquer projetos.

Foi um processo difícil, intenso, cheio de crises, perguntas, olhares, desconfianças... Porém importante! Fez amadurecer conceitos e pensamentos antes soltos e sem forma. Instigou-me outros, ainda em construção, e fez surgir perguntas, ainda mais e mais, umas passíveis de repostas, outras nem tanto. Comecei a aprender a lidar com a angústia do trabalho e a impotência de algumas ações. E o sentimento bom quando se percebe que a construção faz a diferença, seja para a vida de um paciente, ou a mudança de fluxos para melhorar o processo de trabalho.

O como se faz, faz a diferença! Fez em mim e também ao outro. E a gente chegou lá. A equipe me fez mais sensível a varias questões, que somente nos livros não é possível enxergar. Despedida. Aperto no peito. A certeza que houve alguma transformação. A singularidade de jeitos, cores e sabores se torna relevante e considerá-la é fundamental tanto na gestão quanto na clínica. Estar aberto a aprender, modificar-se, e deixar afetar é algo complexo, mas quando se vê o sentido, os fatos completando a sua trajetória, criando uma forma, se torna a base para o crescer das questões e vê-se que valeu a pena o pensar, o criar, o angustiar-se e o sentir..., encarar esse processo difícil, mas fundamental para o repensar das práticas do cotidiano.

^{2, 3} Considerando **núcleo** como "o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissional"(CAMPOS, p.249, 1998) e **campo** como "saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades" (CAMPOS, p.248, 1998)

Referências Bibliográficas

1. CAMPOS, G.W.S., 1998. Subjetividade e a Administração de Pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: Mery EE, Onocko RT, organizadores. **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 229-266.
2. CAMPOS, G.W.S., 1999. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2.
3. CAMPOS, G. W. S., 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec.
4. FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O, 2009. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1.
5. GOMES, M. C. P.; PINHEIRO, R, 2005. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17.
6. LOURAU, R., 2004. Implicação: Um novo Paradigma. In: ALTOÉ, S. (org). *René Lourau: analista institucional em tempo Integral*. São Paulo, Hucitec.
7. MARÇAL, C.R.M., 2007. A Saúde Mental na Atenção Básica: Uma saída para o sofrimento psíquico? Trabalho de conclusão do Aprimoramento em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde – Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp – Trabalho não publicado.
8. OURY, J, 1991. Itinerários de Formação. *Revue Praticte*. 42-50. (trad.) Golderberg, J.L.

9. PRESOTTO, R.F, 2008. Saúde Mental na Atenção básica? Uma proposta em construção? Trabalho de conclusão do Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp – Trabalho não publicado.

10. <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/icv/icv.htm>

11. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>