

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

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: EM BUSCA DA CLÍNICA AMPLIADA

Sumaia de Assis Moura Machado

Campinas

2011

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

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: EM BUSCA DA CLÍNICA AMPLIADA

Sumaia de Assis Moura Machado

Trabalho de Conclusão do Programa de
Aprimoramento Profissional em Saúde
Mental em Saúde Coletiva sob orientação
de Rosana Onocko Campos e Alberto G.
Diaz.

Campinas

2011

Agradecimentos:

A meus pais, por todo o apoio e incentivo.

A minhas irmãs, por sempre torcerem por mim.

À querida tia-madrinha Ig, pelo interesse, pelo incentivo, pelas ricas e agradáveis trocas via e-mail e telefone, e pelo carinho.

À Rosana e Tato, pelo suporte e pelo rico aprendizado.

Aos colegas aprimorandos, pela experiência compartilhada.

A Bill, pela ótima companhia, pelo apoio, pelas risadas e por sempre conseguir me animar.

A Gabriel e família, pela gentileza e generosidade de me acolherem em seu lar, pela ajuda e pelo carinho.

A Gomes, pela amizade, pelo incentivo, pelas conversas e pelos ótimos momentos que passamos.

Aos amigos que fiz neste período, que tornaram meus dias em Campinas mais leves, alegres, agradáveis e inesquecíveis.

À Valéria, Isabel e Andréa, pela credibilidade que me concederam, pela consideração, pelo suporte e por serem tão solícitas comigo.

À equipe do Centro de Saúde São Marcos, por me receberem tão bem, pelo apoio, pelo aprendizado, pelo carinho e pelos momentos compartilhados, que jamais serão esquecidos.

Aos usuários do Centro de Saúde São Marcos, pela confiança em mim depositada, por compartilharem comigo, pelo afeto e pelo aprendizado que me proporcionaram.

“É exatamente a vida, que aguçando nossa curiosidade, nos leva ao conhecimento; é o direito de todos à vida que nos faz solidários; é a opção pela vida que nos torna éticos.”

Paulo Freire

“Não estamos apenas preocupados com a doença ou com os distúrbios psiquiátricos; estamos preocupados com a riqueza da personalidade, com a força do caráter e com a capacidade de ser feliz, bem como com a capacidade de revolucionar e rebelar-se”.

Winnicott

Sumário

1- Voltando ao ponto de partida.....	1
2- Contextualização da ESF na Atenção Básica.....	3
3- O Centro de Saúde São Marcos.....	4
4- A chegada e a inserção no Serviço.....	7
5 - Desafios e possibilidades da atuação na Saúde Mental na ABS.....	12
6 - Atuação em grupos - Em busca de novos caminhos.....	15
7 - É chegada a hora.....	24
8 - Referências Bibliográficas.....	26

1. Voltando ao ponto de partida

Nesse momento de retrospectiva, reflexão e recordações, retorno ao ponto de chegada e é difícil acreditar que um ano se passou. Um ano intenso, com muito aprendizado, partilhas, vivências, aflições, questionamentos e, felizmente, amadurecimento!

Ao pensar sobre a escolha pelo aprimoramento vou mais além, percebendo as escolhas e vivências que foram desenhando esse caminho durante minha graduação. Durante o curso de Psicologia, me interessei muito por disciplinas que abordaram a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Saúde Mental, áreas em que desde cedo investi expectativas de atuação. Não me imaginava atuando em consultório particular, mas sempre na área pública, com o coletivo. A área da saúde também esteve significativamente presente nas minhas escolhas de estágios durante a graduação, em que tive oportunidade de atuar em Unidade Básica de Saúde, Hospital e CAPS.

No último ano da graduação, ao fazer planos sobre minha futura atuação profissional, percebi que desejava continuar investindo em minha formação teórica, mas, paralelamente, atuar. Através de pesquisas, descobri que o nome para o que eu procurava era aprimoramento. Sim! A oportunidade perfeita de atuar profissionalmente sob resguardo e respaldo de supervisão. De ser psicóloga, mas aluna. Aluna, mas psicóloga. Psicóloga e aluna!

Optei então pelo Aprimoramento em Saúde Mental em Saúde Coletiva por acreditar que esse curso vinha de encontro com meus investimentos durante a graduação e minhas perspectivas profissionais.

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) consiste em um programa de bolsas, destinado, prioritariamente, a recém-graduados em cursos superiores da área da saúde, exceto medicina. É uma pós-graduação *lato sensu*, e tem como objetivo capacitar seus bolsistas – denominados aprimorandos – para o exercício profissional, por meio de treinamento em serviço, sob supervisão de profissional qualificado, ou seja, uma prática protegida, em instituições vinculadas ao SUS. (FUNDAP, 2011).

Os programas de aprimoramento têm carga horária de 40 horas semanais, sendo 80% da carga horária anual de atividades práticas supervisionadas e 20% de atividades teóricas.

Ao iniciar o aprimoramento, já na primeira semana nós, aprimorandos, tivemos a oportunidade de visitar os serviços disponíveis na rede de Campinas para a realização de nossas práticas, entre eles, Unidades Básicas de Saúde e CAPS (III, ad e infantil).

O Centro de Saúde São Marcos foi o primeiro local visitado por mim e meus colegas aprimorandos. Fomos recebidos pela gestora, que nos apresentou todo o espaço da instituição, explicando seu funcionamento básico. Ao percorrermos os corredores, nos surpreendemos com dezenas de retratos de mães, bebês e crianças pendurados pelas paredes, que proporcionavam um clima mais acolhedor ao ambiente. As fotos, que eram de profissionais e de usuários da instituição, expressaram um pouco do vínculo existente entre a Unidade e os usuários. Neste dia já fomos avisados pela gestora que a única psicóloga do CS estava de licença maternidade e só voltaria em junho. Isso me deixou um tanto receosa, mas, mesmo assim, neste dia o CS de alguma forma me marcou.

Ao longo de duas semanas conhecemos todas as instituições em que teríamos possibilidade de atuar. Fiquei então em dúvida entre atuar no CS ou em uma outra instituição. Após um período de reflexão, percebi que o lugar ideal para o que eu buscava em minha formação naquele momento era o Centro de Saúde São Marcos. Alguns fatores que me levaram a essa conclusão foram: a possibilidade de atuar junto a um público bastante diversificado (crianças, adolescentes, famílias, adultos e idosos em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais leves, moderados e graves); a oportunidade de estar inserida no território, tendo amplo acesso à comunidade, e a instituições locais como escolas, ONGs e núcleos; bem como a possibilidade de acompanhar ações voltadas também à promoção de saúde. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, do primeiro ao último dia atuando nesse serviço tive a certeza de ter feito uma boa escolha.

Durante um ano vivenciei inúmeras experiências no CS. Seria impossível relatar todos os fatos significativos. Porém, apresentarei um recorte de algumas das ações e reflexões possibilitadas pelo Aprimoramento.

2. Contextualização da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica

A atenção básica à saúde (ABS) deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde. Porém, espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema (CAMPOS, 2007). Considera-se que em torno de “80% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mas não desqualificados), sem muitas sofisticacões tecnológicas de diagnóstico e tratamento”. (AMARANTE, 2007).

Segundo Starfield (2002), a atenção básica aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Assim, é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) há aproximadamente 15 anos com o intuito de reformular a atenção primária no país. Com a criação do PSF, passou-se a incentivar financeiramente um modelo específico de organização da atenção básica, “que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como: o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho, dentre outros”. (COELHO, 2008).

Em Campinas, o PSF foi implantado através do Programa Paidéia, que diferentemente de outros municípios onde o PSF foi implantado em módulos paralelos às Unidades Básicas, optou por empregar os recursos já existentes na rede para constituir um PSF ampliado e combinado com outros princípios, como acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros. (CAMPINAS, 2001 *apud* FIGUEIREDO, 2006).

No Programa Paidéia, as equipes são compostas de maneira ampliada em relação ao modelo PSF do Ministério, contando com, além do médico generalista, da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, profissionais como o pediatra, o ginecologista, o dentista e o auxiliar de

consultório dentário. Cada uma dessas equipes ampliadas é responsável pela cobertura de aproximadamente 1400 famílias adscritas. (CAMPINAS, 2001 *apud* FIGUEIREDO, 2006).

O PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. Representa, assim, o início da possibilidade de reversão da lógica do “hiperespecialismo” (em que cada especialista lida com um só órgão do corpo humano), investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde. (AMARANTE, 2007).

Desse modo, a clínica na Saúde da Família deve ser ampliada, incluindo também os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso. A metodologia necessária para essa reformulação do trabalho em saúde depende da participação do usuário tanto no diagnóstico quando no processo terapêutico e depende da instituição de mecanismo de compartilhamento da clínica. (CAMPOS, 2008).

Campos (2008) ressalta que, apesar de a ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examina as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de especialistas.

3. O Centro de Saúde São Marcos

A cidade de Campinas possui 61 Centros de Saúde, entre eles, o CS São Marcos; localizado na região Norte do município de Campinas. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 19:00 horas. O Centro de Saúde atua na lógica da Estratégia de Saúde da Família há 10 anos e é responsável por cerca de 20 mil usuários. A Unidade conta atualmente com um quadro de 90 funcionários, e é composta por quatro equipes de referência (verde, amarela, azul e vermelha), divididas conforme o território que englobam. Cada mini-equipe possui enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra,

dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Há uma equipe de saúde mental, composta por dois psiquiatras, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional, que se distribuem entre as mini-equipes. O quadro de funcionários também conta com gestora, co-gestora, recepcionistas, atendentes de farmácia, zeladores, serviços gerais e seguranças.

O CS São Marcos apresenta uma equipe sólida, pois grande parte de seus funcionários atua na instituição há muitos anos. Há profissionais que estão no CS há 10, 15 anos! Esse fato tem suas conseqüências boas e ruins.

Por um lado, podemos pensar que tamanho tempo de permanência em uma mesma instituição pode cristalizar os funcionários, que se tornam instituídos e passam a “dançar conforme a música tocada”, deixando assim de questionar o próprio trabalho, bem como à Instituição. Segundo Hess & Savoye (1993 *apud* L'Abbate, 2010), o instituído seria o estático, o estruturado, que precisa ser destruído. Desse modo, se não se trabalha para transformar cada instituição, no sentido de lutar pela autonomia, pela desnaturalização do instituído e pela criação de novos modos de existência, corremos o perigo de sermos apenas reprodutores do estabelecido/instituído (L'Abbate, 2010).

Porém, essa constância de determinada parte da equipe no Centro de Saúde se mostra importante na medida em que possibilita a construção e manutenção de vínculo mais consistente, fundamental para que seja possível um acompanhamento mais abrangente e de melhor qualidade dos sujeitos. Käes (1991, *apud* Onocko Campos, 2004) afirma que a “instituição deve ser permanente”, pois, com isso, “ela assegura funções estáveis e necessárias para a vida social e psíquica”.

A respeito disso, Onocko Campos (2004) afirma que, com o estabelecimento do vínculo, os usuários autorizam-se a perguntar e participar mais de seu próprio tratamento e as respostas profissionais deixam de ser estereotipadas. Do mesmo modo, a partir do momento em que um usuário tem nome, cara e história, o envolvimento da equipe melhora, produzindo um efeito desalienante e aumentando assim o compromisso com o paciente e seu tratamento (*idem*).

O Centro de Saúde São Marcos possui uma estrutura razoável se considerarmos como grande parte das outras Unidades de Saúde do Município de Campinas estão precárias e depredadas. Porém, é ainda insuficiente para

atender às necessidades dos profissionais e da população. Faltam consultórios, salas para reuniões e trabalhos em grupo, materiais, medicamentos, entre outros.

Entretanto, essa falta não se torna desculpa para que as atividades não sejam realizadas. Diante das muitas adversidades, os profissionais improvisam. Revezam salas, atendem nos locais possíveis, realizam reuniões e mesmo grupos em salas muito pequenas. Também há, com frequência, por iniciativa da Gestão do serviço, organização de bazares e rifas, a fim de suprir algumas das faltas do CS.

Assim, diante da precariedade e paulatino sucateamento da saúde pública, alguns profissionais se mobilizam para não serem engolidos pela falta, pelo vazio. Essas ações, que por um lado se mostram claramente paliativas, apontam uma recusa ao comodismo e persistência em manter condições mínimas de trabalho. Porém, ações desse tipo apontam um pouco do modo de funcionamento da gestão do serviço que, em uma postura com intenções humanitárias, acaba por fazer o que vai além de sua alçada, sem envolvimento crítico e político da equipe e da comunidade; o que acarreta em ações isoladas e no conseqüente cansaço dos profissionais.

A população atendida pelo Centro de Saúde São Marcos é bastante complexa, apresentando elevado índice de vulnerabilidade social, violência e forte atuação do tráfico na comunidade.

A grande maioria dos usuários é SUS dependente. Essa população é bastante diversificada, pois é proveniente de diversos bairros, cada um com um histórico diferente. Algumas regiões se apresentam bem estruturadas e equipadas, enquanto outras se apresentam extremamente precárias, com sujeitos vivendo em condições de extrema miséria. Grande parte dessa população está incluída em programas assistenciais do Governo, como Bolsa-Família, Bolsa-Escola, Viva Leite, Bom Prato, entre outros; o que gera uma vinculação de comodismo e dependência extremamente prejudicial ao desenvolvimento dessas famílias. Esse modo passivo de se relacionar propagado pelas ações assistencialistas e paternalistas do Governo se transfere ao campo da Saúde, em que os usuários esperam passivamente por um diagnóstico, um remédio, uma solução; sem se implicarem em seu

processo de saúde e doença. Por muitas vezes, o CS responde a esse pedido, mostrando-se fundamental repensar, cotidianamente, essa prática.

4. A chegada e a inserção no Serviço.

Desde minha chegada fui muito bem recebida pela equipe. Em minha primeira semana na Unidade, comecei a conhecer aos poucos os membros da equipe, nos corredores, nas reuniões de mini-equipe, na copa, nos acolhimentos. Falando em acolhimento, as salas de acolhimento foram os locais em que mais tempo permaneci no início. Lá fui acolhida também. Perdida, sem orientações diretas, sem saber exatamente o que fazer, foi o lugar que encontrei para me instalar, para observar, para conhecer, para aprender. Aos poucos fui então compreendendo melhor o modo de funcionamento do Centro de Saúde, bem como a demanda que emerge da comunidade. É importante ressaltar que nem sempre um vai de encontro ao outro.

Após algum tempo na instituição me aproximei bastante da equipe Verde, o que me levou a optar por fazer parte desta, e assim acompanhar mais de perto às reuniões, visitas domiciliares e discussões de caso - porém, acompanhei, com menor frequência, as atividades de outras equipes também

Algumas semanas após minha inserção no Serviço, rapidamente fui solicitada pelas equipes a realizar atendimentos individuais - experiência que será relatada mais à frente -, já que a Unidade se encontrava provisoriamente sem psicólogo. No início, optei por acompanhar a terapeuta ocupacional da instituição em alguns acolhimentos e atendimentos individuais, para compreender a lógica dos encaminhamentos, a demanda e a prática “psi” em uma Unidade Básica. Essa experiência foi de grande valia, me proporcionando rico aprendizado.

Também passei a realizar pequenas intervenções com os usuários que aguardavam por acolhimento, após perceber alguns desencontros entre estes e os profissionais (na recepção, farmácia e acolhimentos), a fim de “costurar” algumas falhas que eu percebia nessa relação. Assim, ao me deparar pelos corredores com pacientes confusos, impacientes, ou mesmo irritados pela

demora do atendimento, buscava compreender a situação para poder dar alguma devolutiva, ou apenas oferecia a escuta (momentos que foram compartilhados com as equipes sempre que possível). Esses recursos muitas vezes auxiliam a amenizar a angústia do paciente.

Foi possível perceber que uma das principais causas de manifestações de irritabilidade por parte dos pacientes é a sensação de descaso. Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2000) revelou-se que a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas, são fatores que chegam a ser mais valorizados pelos usuários do que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos (*apud* DESLANDES, 2004).

Porém, como produzir “tecnologias leves” (Merhy et al, 1997), necessárias à melhoria do acolhimento dos usuários, em um cenário em que os profissionais estão esgotados com a enorme demanda, com a precarização do sistema público de saúde e a paulatina desvalorização do profissional?

O acolhimento é um espaço de recepção e escuta do usuário, em que o profissional procura identificar que recursos do sistema ou que pontos da linha de cuidado poderiam ser utilizados para melhor equacionar as demandas. Porém, há muitas críticas com relação a esse procedimento, referindo que ele, na maioria das vezes, se constitui como um mecanismo de triagem - “recepção feita com simpatia, porém sem resolutividade”, - e até mesmo pronto-atendimento. (COELHO, 2008).

No CS, os acolhimentos são realizados por auxiliares de enfermagem através das equipes de referência. É um espaço utilizado para agendamento de consultas, para triagem para pronto-atendimento (com médico ou enfermeiro) e também para realização de procedimentos como curativos, inalação e controle da pressão arterial.

Se a ABS é uma porta de entrada à rede de saúde, o CS São Marcos se mostra uma porta “escancarada”, que busca atender ao máximo a demanda que se lhe apresenta em busca de pronto-atendimentos, chegando, por muitas vezes, a atender inclusive pacientes que não são de sua área de cobertura (o que a maioria dos outros Centros de Saúde não faz). Esse contexto representa o que Campos (1997) denomina Clínica Degradada (a clínica da eficiência), que trata os sintomas, produz muitos procedimentos (consultas), porém, com

muito pouco questionamento sobre sua eficácia. (*apud* ONOCKO CAMPOS, 2001).

O acolhimento é um dos espaços mais estressantes da Unidade. Os profissionais ficam na linha de frente, atendendo diariamente a dezenas de pacientes muitas vezes doentes, confusos, queixosos, irritados. Diante desse público, a subjetividade do profissional se manifesta pela transferência que estabelece com o usuário, por vezes comprometendo a qualidade dos acolhimentos, já que interfere na escuta.

Em muitos momentos realizei intervenções a fim de questionar junto aos profissionais acerca da qualidade dos acolhimentos, da lógica dos encaminhamentos, da escuta do paciente e da capacidade de compreender sua demanda. Esses convites à auto-crítica nem sempre foram bem-vindos, mas, por vezes, possibilitaram ampliação da visão sobre alguns casos e situações.

É importante ressaltar que parte significativa dessa demanda, que seriam muitas das consultas de pronto-atendimento, poderia ser reduzida se houvesse maior vinculação e educação da população, tendo em vista que há um público significativo que apenas aparece em situações emergenciais. Esses casos necessitam ser pensados pelas equipes, de modo que se possa compreender o uso que o sujeito faz da unidade, o sentido que esta tem para ele, a fim de elaborar estratégias para uma vinculação diferente.

Apesar desse funcionamento em parte ambulatorial, o Centro de Saúde realiza, em sua maior parte, acompanhamento contínuo da população através de consultas agendadas, bem como realiza busca ativa, vigilância e ações voltadas à promoção da saúde

Há também importantes espaços que visam viabilizar discussões de caso, reflexão sobre a clínica, planejamento de intervenções e contato com a população, como: reuniões de mini-equipe, reuniões gerais, de Saúde Mental e do Colegiado Gestor, diversos grupos, visitas domiciliares, reuniões Intersectoriais, Distritais, Supervisão Institucional, reuniões dos Conselhos Local, Municipal e Distrital, a maioria com participação significativa de representantes da Unidade.

Ao me inserir nas reuniões de equipe, pude começar a perceber o modo de trabalho das equipes de referência. Nessas reuniões, se discute sobre o

projeto terapêutico dos usuários, sobre questões referentes ao funcionamento do Centro de Saúde, bem como sobre assuntos discutidos nas reuniões do Colegiado Gestor; composto por funcionários de todas as equipes. Foi possível perceber que, por mais que haja profissionais bastante implicados com as propostas da clínica ampliada, ainda há muito a ser realizado para a efetiva concretização desta na Unidade. As equipes apresentam ainda dificuldades para compartilhar os casos (o que geralmente ocorre nas situações mais críticas), bem como para visualizar a dimensão subjetiva do sujeito e da família.

Assim, ainda se vê ações isoladas que se apresentam como extensão do modelo de consultório particular à ABS e dificultam a reflexão conjunta a respeito do projeto terapêutico dos usuários e famílias. Também, no ímpeto de querer ajudar a solucionar as questões e dificuldades vivenciadas pelos usuários, por vezes acaba-se agindo com uma postura vertical de tutela, realizando os procedimentos pertinentes, dando o diagnóstico, as orientações e a medicação. Ou, ao contrário, não é incomum o distanciamento dos profissionais dos casos, com julgamentos morais e crenças auto-realizáveis destinadas aos usuários “resistentes” ou “casos perdidos”.

Neste contexto, a clínica ampliada tem a proposta de “possibilitar a ampliação do saber e da prática clínica de todos os profissionais da saúde, incorporando no momento do diagnóstico e da intervenção terapêutica, elementos da ordem do orgânico, do subjetivo e do social do sujeito.” (CAMPOS, 1997).

Considerando isso, torna-se necessária a ampliação do trabalho realizado pela equipe, oferecendo mais escuta e incentivando maior participação dos usuários em seu tratamento e acompanhamento, pois, quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, mas sim, também, do usuário, o que torna mais fácil evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. (MS, 2008).

Para isso, os profissionais de saúde devem fazer um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade, pois, o que pode ser ótimo e correto para o profissional, pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. (MS, 2009).

Também é fundamental a atuação dos profissionais em ações de promoção da saúde, a fim de investir na co-responsabilização do usuário por seu processo de saúde e doença, incentivando maiores graus de autonomia e ampliação da rede de apoio. Já há expressiva inserção de profissionais do CS em trabalhos coletivos. No tempo em que permaneci na Unidade, foram realizados grupos de pacientes com hipertensão e diabetes; de crianças; de adolescentes; de gestantes; de mães jovens; de tabagistas; terapia comunitária; planejamento familiar; prevenção de câncer de próstata; Coral e Lian Gong (arte corporal chinesa que visa prevenir e tratar dores no corpo e articulações, disfunções dos órgãos internos e distúrbios das vias respiratórias e cardiovasculares).

Os grupos em que notei maior e mais significativa adesão por parte dos usuários no CS foram o grupo de Lian Gong, o Coral, a Terapia Comunitária e os grupos de pacientes com hipertensão e diabetes - por sinal, esses quatro grupos são os mais antigos da Unidade. A maioria desses grupos revela um vínculo positivo bastante significativo entre coordenadores-usuários, fator fundamental para a ocupação efetiva desses espaços pelos pacientes.

Os grupos de Coral e Lian Gong atuam principalmente com mulheres da terceira idade, e apresentam efeitos importantes na melhoria da qualidade de vida das participantes. Alguns exemplos são: diminuição da procura por consultas de pronto-atendimentos, do uso de medicação, de sintomas depressivos, bem como resgate da autonomia e da auto-estima, ampliação da rede de apoio, retorno à escola, estabelecimento de relacionamento amoroso, entre outros.

Tive a oportunidade de participar ativamente de dois grupos, sendo o grupo de mães jovens e o grupo de pacientes com hipertensão e diabetes.

O grupo de mães jovens foi realizado em parceria com uma pediatra e uma clínica geral, com o intuito de oferecer informações, orientações, sanar dúvidas, trabalhar o vínculo mãe-bebê e propiciar um espaço facilitador de trocas de experiências entre mães adolescentes acompanhadas pelo CS.

A atuação no grupo de pacientes com hipertensão e diabetes será relatada separadamente, a fim de ser possível explorar e relatar melhor a experiência vivenciada.

5. Desafios e possibilidades da atuação na Saúde Mental na ABS

A reforma psiquiátrica brasileira compartilha dos princípios do SUS e propõe a substituição do atendimento psiquiátrico centrado no manicômio e em serviços especializados para um atendimento de base comunitária e territorial, englobando diferentes setores da sociedade e diversas esferas governamentais em seu planejamento (DIMENSTEIN, GALVÃO & SEVERO, 2009). Isso encarrega a Atenção Básica de, não apenas acompanhar os usuários, mas também planejar estratégias que possibilitem sua inserção na comunidade e em diversos serviços da melhor maneira possível.

Segundo o Ministério da Saúde, “cerca de 3% da população brasileira apresenta transtornos mentais severos e persistentes e necessita de cuidados contínuos, intensivos (específicos dos Caps), enquanto que 9% apresenta transtornos mentais leves, pelos quais a Atenção Básica deve responsabilizar-se” (BRASIL, 2003 *apud* FIGUEIREDO, 2006).

No Centro de Saúde São Marcos, a equipe de Saúde Mental não atua de modo muito diferente do resto da equipe em geral. Devido à grande demanda por atendimentos, ainda há uma atuação voltada à lógica ambulatorial.

Após algum tempo de inserção no CS, devido às solicitações de ajuda por parte das equipes, passei a realizar alguns acolhimentos, sozinha. Esses pedidos me deixaram bastante angustiada, pois, por trás dessas solicitações parecia haver um desejo de que eu assumisse a posição de “A psicóloga” do CS, dando conta de atender à demanda emergente. Essa demanda me colocou em conflito, pois ainda estava buscando compreender o lugar a ser ocupado por uma aprimoranda (e psicóloga) em um Centro de Saúde, e este é um questionamento que não tem uma resposta pronta.

Esse “não lugar” ocupado pelo aprimorando, que ao mesmo tempo está inserido na equipe, porém deve se distanciar para poder refletir sobre ela, é um lugar difícil de habitar. Manter uma distância ótima é um dos grandes desafios. Em meu caso, o desafio foi me afastar da equipe, pois minha inserção nela se deu de forma bastante rápida e natural.

No início, busquei compartilhar os casos atendidos com as equipes, tanto nas reuniões de Saúde Mental, quanto nas de mini-equipe com a intenção de, além de dividir a responsabilidade pelos usuários, pensar com as equipes a respeito do projeto terapêutico destes, evitando entrar na lógica do atendimento ambulatorial.

Porém, após algum tempo, já não havia tempo e espaço para compartilhar todos os casos atendidos, e eu, rapidamente, fui engolida pela instituição, me tornei instituída. Acompanhei alguns pacientes sozinha, com trocas maiores entre os profissionais de Saúde Mental, a fim de obter orientações a respeito dos casos. Assim, além de ter me prendido a meu núcleo profissional, já estava preocupada em contribuir com eficiência, para “mostrar trabalho” e ajudar a desafogar a equipe.

Me questioneei bastante a respeito do meu papel dentro da Unidade, pensando se o estava realizando de maneira adequada, que outras possibilidades de inserção eu poderia ter em um contexto em que a saúde mental atuava de maneira predominantemente ambulatorial.

Com o retorno da psicóloga do CS em junho, e a chegada de uma nova psicóloga, passei a reduzir os atendimentos realizados para acompanhá-las nos acolhimentos e em alguns atendimentos, o que possibilitou trocas de grande valia.

Não há no CS realização de grupos terapêuticos, porém, há inserção dos profissionais “psi” em outros grupos realizados na instituição, tanto de cunho preventivo quanto interventivo. Faz-se necessária a ampliação da contribuição desses profissionais em ações de promoção da saúde.

Com relação às equipes de referência, os profissionais de saúde mental se dividem pelas equipes para acompanhar mais de perto as discussões e contribuir com suas percepções a respeito dos casos, porém, atendem a usuários de todas as equipes. Essa inserção da saúde mental nas equipes de referência é fundamental e serve como apoio importante, porém, acredito que poderia ser ampliada para contribuição do alargamento da visão das equipes a respeito dos casos.

A participação nas reuniões de Saúde Mental, que são semanais e contam também com profissionais de diversas outras instituições, inclusive CAPS, foi fundamental para a melhor compreensão do fluxo dos

encaminhamentos, bem como da co-responsabilização pelos casos entre os serviços. Nessas reuniões é realizado Apoio Matricial de mão dupla entre CAPS e CS, bem como entre ambos e as instituições da rede – com suporte para acompanhamento dos usuários e famílias e partilha das responsabilidades.

As trocas com o CAPS são freqüentes, possibilitando co-responsabilização, acompanhamento mais próximo dos casos compartilhados, e reflexão sobre as intervenções a serem realizadas. Porém, devido à enorme quantidade de pacientes atendidos, torna-se possível a discussão apenas dos casos mais recentes e/ou urgentes, faltando assim espaço para maior reflexão a respeito de estratégias a serem utilizadas em muitos dos casos acompanhados.

É importante ressaltar que muitos dos encaminhamentos tanto internos quanto externos por atendimentos nem sempre na prática se justificam, apontando forte tendência ainda à psicologização da educação, do social, e medicalização do social.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, aproximadamente 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não apresentam uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (CAMPINAS, 2001).

A equipe acolhe a essas demandas, mas apresenta, em geral, discernimento para não colaborar com a vinculação desnecessária à saúde mental (em especial, as psicólogas e terapeuta ocupacional). Mesmo havendo sofrimento, nem sempre ele necessita de longas terapias ou de medicação.

Desse modo, parte significativa dos acolhimentos em Saúde Mental se destina à escuta e orientações ao paciente, visando ampliar a autonomia, a rede de apoio, bem como as possibilidades de enfrentar as dificuldades vividas; havendo pequena parte acompanhada de modo contínuo. Porém, deve-se ressaltar que ocorrem muitas faltas e/ou abandono dos atendimentos, o que leva a refletir sobre o vínculo estabelecido, a real demanda, bem como à qualidade dos atendimentos.

Nos acolhimentos e atendimentos que realizei, pude perceber a forte demanda da população por medicação e soluções imediatas para o alívio da ansiedade, da depressão, da dor; expressando dificuldade de se implicarem

em seu tratamento. Parte significativa da população atendida pelo CS está medicada, inclusive crianças e adolescentes, com um, dois, quatro tipos diferentes de medicação. Conforme critica Rodrigues et al (2008), é muitas vezes “mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los”.

Segundo Campos (1999), a assistência dos profissionais da saúde mental deve continuar existindo como uma das ofertas terapêuticas, para aqueles casos em que se identifica claramente a necessidade de uma atenção e tecnologia próprias do núcleo de saber ‘psi’. Porém, não deve haver diluição de responsabilidades; pois quando um paciente utiliza uma oferta especializada da saúde mental, ele não se desvincula da sua Equipe de Referência, que continua como co-responsável pelo desdobramento de seu Projeto Terapêutico (*apud* FIGUEIREDO, 2006).

Adequando essas questões ao CS, reforço a necessidade de que se amplie a participação dos profissionais da saúde mental nas reuniões das equipes de referência, no sentido de poderem alargar suas próprias visões a respeito dos casos acompanhados, bem como de construir, junto com os outros profissionais, “um raciocínio integral sobre cada caso, contribuindo na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática terapêutica”. (FIGUEIREDO, 2006).

6. Atuação em grupos de pacientes com hipertensão e diabetes - Em busca de novos caminhos

Segundo o Ministério da Saúde (2001), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Há vários fatores de risco que aumentam a probabilidade da ocorrência dessas doenças, sendo os principais a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), que contribuem decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Para atender aos portadores de hipertensão e diabetes, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus, que compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão, que visam reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores. (MS, 2010).

O diagnóstico e tratamento da hipertensão e do diabetes mellitus muitas vezes têm conseqüências emocionais significativas, na medida em que acarretam em preocupações e grandes mudanças no estilo de vida do sujeito.

Os grupos de pacientes com hipertensão e diabetes existem no CS há mais de 13 anos. São realizados em todas as equipes e coordenados por clínicos gerais, com auxílio de auxiliares de enfermagem e/ou enfermeiros. Os grupos são compostos, em sua maioria, por idosos; havendo pequena parcela de adultos jovens.

Alguns meses após minha chegada ao CS, passei a participar desses grupos como observadora. Tive a oportunidade de acompanhar mais de perto os grupos da equipe Verde, que há 3 anos são coordenados pela mesma clínica geral. Há 4 grupos nessa equipe, compostos por cerca de 15 a 20 pacientes cada. Desse modo, os encontros com cada grupo são mensais.

Nesses grupos há geralmente uma palestra expositiva no início (a cada mês realizada por um profissional da equipe, com suporte da clínica geral) que visa informar e orientar os pacientes acerca de aspectos relacionados a diabetes e hipertensão (abrangendo também terceira idade, auto cuidado, saúde mental, medicação, entre outros). Vale ressaltar que os temas abordados em geral são sugeridos pelos próprios pacientes, na avaliação realizada no início de cada ano. Então são sanadas as dúvidas que surgem, e, por fim, as profissionais aferem a pressão, medem a glicemia e pesam cada paciente. Também são renovadas receitas e observados resultados de exames, com as necessárias orientações. Esse momento final não substitui consultas médicas, mas é um espaço importante para dar orientações necessárias e verificar com certa freqüência o estado geral dos pacientes sem que eles precisem aguardar meses para isso. Desse modo, todos os pacientes que participam do grupo passam em consultas médicas agendadas também, e, por outro lado, procuram menos o CS em busca de pronto-atendimento.

A convite da clínica geral da equipe, realizei por três vezes atividades com todos os grupos; experiência de grande valia para mim. Optei por realizar atividades diferentes das usuais, por acreditar que apenas com a participação ativa dos usuários pode haver ocupação legítima desse espaço e adesão ao tratamento com significado. Assim, as atividades foram planejadas a fim de propiciar um espaço para a expressão da subjetividade, bem como para a escuta, discussões e reflexões de questões além puramente da patologia, através da utilização de recursos artísticos.

Segundo Pedrosa (1996), a liberdade de criação seria essencial ao processo criativo: este requisitaria percepções, emoções e sentimentos, muitas vezes, embotados por excesso de adaptação ao meio (*apud*, GALVANESE, 2010).

Baseando-me em conceitos de Pichon-Riviére, realizei as atividades visando proporcionar ao grupo um funcionamento diferente, que pudesse auxiliar os usuários a participarem de modo menos rígido. Segundo o autor, “as finalidades e propósitos dos grupos operativos está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, devido à ansiedade despertada por toda mudança. No grupo, o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de tarefas coincidem com a cura, criando-se assim um novo esquema referencial.” (PICHON-RIVIÉRE, 2005).

No primeiro momento, realizei junto aos grupos uma atividade de colagem e pintura sobre o tema “qualidade de vida”. A atividade teve como objetivo, a partir da construção criativa, compreender a concepção dessa população acerca do tema proposto e, a partir disso, proporcionar espaço de discussão e reflexão.

No primeiro dia, ao propor a atividade aos usuários, percebi desânimo e ansiedade na grande maioria deles. Havia pedido que folheassem revistas e destacassem qualquer figura que lhes remetesse à qualidade de vida. Todos ficaram muito quietos, e alguns se manifestaram: “Eu não sei ler”. Boa parte da população que frequenta esses grupos não é alfabetizada, ou tem escolaridade incompleta.

A fim de procurar diminuir a nítida ansiedade dos usuários, busquei reforçar que não havia “certo” ou “errado”, sendo importante a visão de cada um a respeito do tema. Então, pouco a pouco, os usuários começaram a

folhear as revistas e logo começaram a disputar pelas tesouras. Ainda inseguros, alguns me perguntavam: “Essa figura está correta?”, “Posso recortar assim?” Eu procurava não interferir, incentivando-os a agirem por si. Após essa primeira etapa, dividi o grupo de 17 usuários em 3 subgrupos, dando uma cartolina a cada subgrupo e pedindo que cada usuário colasse sua figura onde desejasse. Ainda com certo receio, os usuários fizeram as colagens. Havia tintas, pincéis, giz de cera, canetas coloridas e lápis na mesa. Avisei que poderiam fazer também uso destes materiais, para acrescentarem algo ao cartaz. Timidamente, os usuários começaram a selecionar materiais que gostariam de utilizar. Esse foi um momento bastante interessante, pois foi nítida a mudança na expressão de muitos dos usuários, mostrando satisfação por estarem realizando uma atividade diferente de seu cotidiano e, principalmente, por estarem criando.

Confeccionados os cartazes, peguei um por vez, pedindo que cada usuário falasse um pouco sobre sua figura. Nesse momento houve boa participação. Havia figuras de pessoas realizando atividades físicas, de plantas, matas, animais, alimentos saudáveis, praias, famílias, amigos, religião, música, entre outros. Nesse momento, os usuários trouxeram um pouco de suas histórias. Uns falaram de hábitos saudáveis que possuem, outros, das dificuldades que encontram no cuidado com a saúde, de atividades que fazem ou que gostariam de poder fazer. Muitos trouxeram histórias do passado, da época em que eram crianças, viviam em sítios, alimentavam-se melhor, eram mais ativos. Foi bastante interessante o fato dos pacientes não terem pensado apenas na saúde física, mas também nos laços sociais, no lazer e na vida emocional, o que mostra a percepção de qualidade de vida muito além do modelo biomédico.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A partir dos assuntos levantados, os pacientes foram incentivados a refletirem sobre os possíveis obstáculos, bem como os recursos internos e externos que possuíam para poderem ter melhor qualidade de vida, conforme os valores que haviam apontado como significativos. A discussão foi bastante

interessante, proporcionando a partilha de diferentes percepções e ampliação das possibilidades de recursos dos usuários.

Realizei essa atividade com quatro grupos diferentes. Ao final da atividade com o segundo grupo, uma paciente disse a mim: “A doutora é muito inteligente”. Perguntei por que me dizia isso. Então explicou, apontando para os cartazes: “Olha só, quanta coisa bonita”. Então eu indaguei: “Oras, mas quem fez esses cartazes, eu ou vocês?”. Então ela finalizou: “Mas se você não tivesse tido essa idéia a gente não iria fazer algo assim”. Essa fala expressa a importância de proporcionar meios que incentivem o desenvolvimento da criatividade, da auto-estima e da autonomia; autonomia para inventar, para criar, para pensar em soluções criativas diante das dificuldades vividas.

Um dos aspectos fundamentais da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida, de modo que as pessoas possam inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites e enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas que elas encontram no sofrimento e apesar dele uma nova possibilidade de vida. (MS, 2008).

“Nas doenças crônicas ou muito graves isto é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença”. (MS, 2008).

Muitos usuários me disseram terem gostado da atividade e que havia sido a primeira vez em que entravam em contato com materiais desse tipo, explicando que cresceram em sítios e não tiveram oportunidade de estudar, pois antes de “pegarem no lápis, já estavam pegando na enxada”.

Amendoeira afirma que “a atividade expressiva recupera a dignidade do sujeito e o insere não em um mundo de velhos ou jovens, doentes ou sadios, mas num campo social onde o trabalho criativo mantém a todos na grande aventura de ser humano”.

Na segunda vez em que tive oportunidade de coordenar os grupos de pacientes com hipertensão e diabetes, que ocorreu no mês de comemoração do dia do idoso, em outubro, realizei uma atividade com intuito de pensar junto com os pacientes sobre o auto-cuidado.

Através de um exercício de mentalização acompanhado de música, conduzi-os a um “passeio” pelo corpo, dos pés à cabeça. O objetivo foi que se atentassem ao corpo, todas as suas partes, pensando, sentindo, imaginando como estava seu funcionamento. Foram poucos os pacientes que não conseguiram se entregar à atividade, mantendo os olhos abertos. Após esse primeiro momento, os pacientes foram convidados a falarem o que imaginaram e sentiram. Alguns referiram acreditar que o corpo está saudável, pois cuidam bem da saúde. Outros referiram dores, problemas de saúde ou limitações. Também se falou sobre o cuidado da aparência, a auto-estima e a valorização do próprio corpo. Surgiu então, entre os pacientes e com respaldo da clínica geral e da enfermeira da equipe, uma discussão sobre os problemas de saúde apresentados, stress causado pelas preocupações com a família, saúde e situação financeira, as possibilidades de melhorias do cuidado e tratamentos, prevenção, as dificuldades encontradas no cuidado da saúde, especialmente em colocarem em prática as mudanças de hábito incessantemente impostas pelos profissionais de saúde.

Após essa etapa, os pacientes foram convidados a darem uma nota a si mesmos (entre as categorias regular, bom e ótimo), considerando como acreditam que têm cuidado de sua saúde. A fim de diminuir ansiedades, fui primeiramente à lousa, me atribuindo uma nota mediana. Logo após, um a um os pacientes dirigiram-se à lousa, atribuindo-se a nota que acreditavam ser coerente com sua situação. Esse foi um momento interessante. Muitos dos usuários, que no início pareceram resistir à atividade (como ir à lousa se não sei escrever?), após compreenderem que seriam capazes de fazê-lo, mostraram-se bastante animados e participativos. Houve distribuição dos pacientes entre as três categorias. Ao final, as profissionais que se encontravam na sala também foram ao quadro. Os pacientes puderam então explicar suas auto-avaliações, momento que foi bastante rico, pois muitos sentiram-se à vontade para falarem onde acreditam que “pecam”, que dificuldades encontram no auto-cuidado e para seguirem o tratamento sugerido pelo médico.

Como o grupo é antigo e bem acompanhado, os pacientes já são bem informados sobre hábitos de vida saudáveis. Assim, falar que devem comer bem e fazer exercícios, além de ser redundante, é impositivo e por vezes

ineficaz. Disso todos sabemos, mas muito mais útil é oferecer um espaço em que se possa falar e pensar sobre as dificuldades vividas sem risco de repreensão. Foi isso que procurei oferecer, e de um modo que os usuários pudessem participar ativamente.

A respeito disso, Grossi (2009) ressalta que “mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético, não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de mudança”. (*apud* FILHO et al, 2010).

Acredito que essa atividade tenha sido de grande valia, pois os pacientes sentiram-se confortáveis para poderem falar de suas vivências e dificuldades abertamente, trocaram experiências, obtiveram informações importantes à melhoria do auto-cuidado e deixaram a equipe a par do real andamento de seu tratamento, recurso fundamental para a equipe repensar as estratégias utilizadas.

Através de atividades desse tipo, é possível acessar a visão que o sujeito tem de si, a percepção da doença, o lugar que esta ocupa em sua vida, bem como as dificuldades tanto práticas quanto subjetivas em cuidar da saúde. Mas, além disso, também podem servir como recurso para a socialização, para o reconhecimento de si e do outro como pessoa, que tem desejos, medos, potencialidades, história, sendo muitas coisas além de um “diabético ou hipertenso”.

A terceira atividade com os grupos foi realizada como acompanhamento da coordenação da terapeuta ocupacional, que optou por trabalhar com o envelhecimento do corpo e suas implicações na subjetividade, através da utilização de argila.

Primeiramente foi realizada uma dinâmica em que os pacientes realizaram auto-massagem, com o objetivo de que se atentassem ao corpo e suas sensações. Então os usuários sentaram ao redor de uma mesa e, enquanto recebiam pedaços de argila, foram convidados a falarem sobre seus corpos, nas diferentes fases da vida. A partir desse tema, os usuários trouxeram histórias da infância, alguns com fatores em comum, como: a vida no campo, o trabalho na roça, a falta de tempo para brincar e o fato de nunca terem freqüentado a escola. Outros trouxeram brincadeiras, a criação dos próprios brinquedos com barro, pano e palha de milho. O trabalho apareceu na

fala da grande maioria dos usuários. Então falaram da vitalidade da juventude e das dificuldades em ter um corpo “enferrujado”, com limitações. Enquanto falavam, os pedaços de argila passaram a tomar forma, de cuias, animais, panelas, flores, bonecos. Após exporem e falarem sobre esses trabalhos espontaneamente criados, os usuários foram convidados a modelarem figuras humanas, de jovens ou velhos, homens ou mulheres, conforme desejassem.

Primeiramente surgiram muitos corpos assexuados. Após serem questionados a respeito disso, parte dos usuários timidamente atribuiu sexo a seus “bonecos”.

Após esse momento, houve uma discussão sobre sexualidade na terceira idade, limites e possibilidades do corpo já idoso, auto-estima e cuidado. Vale ressaltar que grande parte dessa população tem muitos tabus com relação à própria sexualidade, tendo sido de grande valia a oferta de um espaço para poderem se expressar e discutir esse assunto abertamente.

Nessas atividades, houve um usuário que chamou a atenção. Seu João é freqüentador assíduo dos grupos, sendo o único que tem participação semanal, por opção própria. Seu João, apesar de tímido, participa das discussões e das atividades. Se locomove com significativa dificuldade e tem a visão limitada. No primeiro dia, Seu João fez uma bola com a argila e disse que havia terminado seu trabalho. No segundo dia, fez uma “banana”, que depois se transformou novamente em uma bola. Mesmo incentivado, Seu João não tentou fazer uma figura humana. O interessante foi que, no terceiro encontro, muito discretamente, Seu João começou a moldar um corpo, a cabeça, os braços. Porém, logo após o corpo perdeu sua forma, e se transformou em um “jacaré”. Mesmo assim, foi possível perceber que a atividade mobilizou algo em seu João, que, apenas no terceiro encontro, sentiu segurança para tentar fazer, criar, construir.

Segundo Valadares (2003), a “modelagem é uma atividade que exercita a função sensorial e trabalha com a organização tridimensional. A pessoa ao tocar a argila estabelece um contato de forma inédita com o material e assim evoca sua criatividade, o que lhe permite criar novas formas e ampliar o mundo imaginário restrito ao seu usuário”.

Acredito que esse primeiro passo dado por Seu João já é algo muito significativo, pois expressa alguma forma de mudança no modo de estar no

grupo, se dispor a criar, se arriscar, confiar. Isso pode ter conseqüências significativas no modo como Seu João se vê, bem como no modo como é visto pelo grupo. A partir do momento em que participa, se integra à atividade e ao grupo, compartilhando melhor das discussões realizadas. Seu João, nesse dia, participou do grupo de modo menos rígido e estereotipado. Acredito que essa participação ativa pode ser um dos caminhos para melhorar a participação ativa do usuário, não apenas em seu tratamento, mas também em outros espaços que ocupa.

Segundo Philippini (2000), a velhice não significa necessariamente o envelhecimento da atitude e comportamentos, e isto, quase sempre, ocorre devido a pouca solicitação de desempenho por parte da comunidade de modo geral e da própria família, e até do próprio indivíduo que incorpora a desvalia que o coletivo lhe confere.

No decorrer das discussões que ocorreram durante todas as atividades relatadas, alguns pacientes mobilizaram-se para participarem do grupo de Lian Gong, bem como para retomarem os estudos e buscarem atividades para diminuir a ociosidade. Esse já foi um grande ganho, em minha opinião, pois essa mobilização foi possibilitada pelas trocas de experiências entre os pacientes. Também acredito ter havido melhora na interação entre os usuários, e entre estes e a equipe, pelos momentos descontraídos e de integração que as atividades proporcionaram.

Cheguei a observar algumas atividades realizadas por diversos profissionais com grupos de pacientes com hipertensão e diabetes. Posso dizer que é possível perceber diferença no interesse do grupo e em sua participação quando há uma atividade mais prática, que possibilite a eles pensarem, criarem, agirem. Palestras expositivas são geralmente cansativas, nem sempre de fácil compreensão, e, principalmente, são baseadas em um saber pronto, dando poucas aberturas para a expressão das subjetividades.

Os profissionais da saúde em geral estão muito acostumados a utilizar discursos prontos, dizendo aos pacientes o que devem ou não fazer, como obterem hábitos de vida saudáveis, como devem tomar a medicação corretamente, sem assim abrir espaço para a escuta, o questionamento, a construção. Permitir uma ocupação diferente e mais ativa desse espaço é fundamental para que os usuários possam dar mais sentido a seu tratamento e,

para além disso, perceberem-se como sujeitos que possuem valor e potencialidades.

Coelho (2008) destaca que um dos principais objetivos do trabalho em saúde deve ser o de ampliar a autonomia dos usuários, de modo que possam cuidar melhor de si e também dos outros. Assim, é tarefa de todos os trabalhadores e gestores do sistema de saúde “aumentar o poder de cada usuário, individual ou coletivamente, ampliando sua capacidade de interferir nos determinantes e nas conseqüências de seu processo de saúde e doença”. (idem).

7 – É chegada a hora...

O Aprimoramento me proporcionou uma vivência bastante intensa, com muito aprendizado, muito trabalho, e muito sufoco! Pude viver na prática coisas que não se aprende em livros.

O contato com a equipe do CS nos diferentes espaços que ocupei foi fundamental para aprender a trabalhar em equipe, aprender com diferentes saberes, participar mais, ampliar minha visão sobre minhas atuações e sobre o trabalho realizado em uma ABS.

O contato com os grupos realizados no CS foi enriquecedor, pois eles me mostraram que é possível realizar promoção de saúde na atenção básica com qualidade e resultados significativos. Aprendi muito ao me aproximar das coordenadoras e dos participantes dos grupos. Acredito que essa tenha sido minha experiência mais marcante por possibilitar uma certa “fuga” do sofrimento, do adoecimento, do mal-estar. Mas, principalmente, por expressar, em um meio em que tantas faltas predominam, um forte sentimento de luta pela vida, pelo resgate da autonomia e por dias mais alegres.

O contato com os usuários (individual e coletivamente) me possibilitou aprimorar minha escuta, minhas intervenções e minha ética, bem como muito aprendizado.

Através dos atendimentos individuais que realizei, percebi o quanto a ação não compartilhada na maioria das vezes se torna fraca e ineficaz, e o quanto se abre um leque de novas possibilidades de visão e intervenção ao se

compartilhar a responsabilidade pelos casos com a equipe e intersetorialmente, pensando no desenvolvimento de projetos terapêuticos.

Por fim, as supervisões e aulas teóricas me proporcionaram, além de rico aprendizado, questionamentos a respeito das minhas ações, bem como importante troca de saberes e experiências.

Apesar de todas as dificuldades que ainda precisam ser enfrentadas pelo CS, ele se apresenta composto por uma equipe comprometida com o cuidado, que, aos “trancos e barrancos” se desdobra para poder atender, cuidar, ajudar. Que luta a cada dia para não sucumbir ao difícil trabalho e ao cansaço, que, como nos lembra Onocko Campos (2004), em grande parte se deve à permanente exposição ao sofrimento.

Torna-se difícil engajar a população se muitos dos profissionais não são engajados; ocupando apenas o espaço em que lhes cabe cumprir a função. Por mais que haja profissionais bastante comprometidos com a Gestão do serviço, com a promoção de saúde e mobilização da população, são uma parcela ainda muito pequena.

Diante da condição de extrema precarização da rede de saúde e paulatina privatização do SUS, torna-se necessária uma postura mais ampliada e crítica por parte dos profissionais da saúde pública, uma postura que seja co-produtora de sujeitos autônomos e implicados, pois apenas se consegue “o possível tensionando as fronteiras do impossível. Forçando-as, num esforço consciente e deliberado. Esforço que para ter sentido deve ser agenciado por um grupo, por um coletivo de humanos. Um esforço que pode, e deve, também, ser produzido” (ONOCKO CAMPOS, 2004).

Nesse sentido, faz-se necessário que a gestão do serviço continue incentivando a participação dos profissionais nos importantes espaços de troca possibilitados dentro e fora da unidade, bem como busque compartilhar mais a responsabilização pela melhoria do cuidado dentro e fora da equipe e com a população, como caminho possível para sair um pouco da condição de apoio como tutela e incentivar maiores graus de autonomia e implicação.

Desse modo, as atividades realizadas nos grupos tiveram o objetivo de, além de auxiliar na melhora da adesão dos pacientes ao tratamento, principalmente propor atividades que pudessem incentivar a criatividade, um modo diferente de agir, de se expressar, de pensar; colaborando assim para o

desenvolvimento da auto-estima, de maiores graus de autonomia e co-responsabilização pelo processo de saúde e doença.

O CS São Marcos luta diariamente contra a precarização do sistema de saúde, titubeando entre a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada; mostrando-se, porém, a meu ver, mais próximo desta que daquela.

8. Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMENDOEIRA, M.C.R. Inventividade persiste no envelhecimento. **Ciência & Vida**, ed especial Psiquiatria no Brasil - Nise da Silveira, ano 3, nº7.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2.^a edição, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G.W.S, GUTIERREZ, A. C. G; GUERRERO, A.V.P, CUNHA, G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S, GUERRERO, A.V.P (Orgs.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

COELHO, IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S, GUERRERO, A.V.P (Orgs.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS – Campinas (SP)**. Dissertação de Mestrado. Campinas, 2006.

FILHO, I.C.F, TREVISANE, R.C.G, TANINAGA, E.K, ALBERTIN, R.C. Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez; Maria Inês Monteiro. (Org.). **Qualidade de Vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. 1 ed. Campinas: Ipes, 2010, v. 1.

GALVANESE, A.T.C. **A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS /Adultos no município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 2010.

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**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-111.

ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: SPINELLI, H. (Org.) **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.103-21. Tradução: HIRANOYAMA, L.H.

PHILIPPINI, A. Reencontros e reencantos na terceira idade. **Imagens da transformação**, v. 7. Pomar, 2000. Disponível em: <http://www.arteterapia.org.br/REENCONTROS%20E%20REENCANTOS%20NA%20TERCEIRA%20IDADE.pdf>

RIVIERE-PICHON, E. **O processo grupal**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RODRIGUES del Barrio, L; PERRON, N; OUELLETTE, J.N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos et al. (orgs.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo:Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 125-54.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Sites acessados:

FUNDAP, Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) Disponível em:
http://pap.fundap.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=88

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616