

Abordagem psicológica na Atenção Básica em Saúde: da Fragmentação à Integralidade

The Psychological Approach in Primary Healthcare: from Fragmentation to Comprehensiveness

Ricardo Corrêa Ferreira¹
Mara Quaglio Chirelli¹
Alana Geórgia Pereira¹¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Sistema Único de Saúde
- Saúde da Família
- Assistência Integral à Saúde

KEYWORDS:

- Single Health System
- Family Health
- Comprehensive Health Care.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família tem sido a principal resposta de organização do cuidado perante os atendimentos médicos de visão biologicista, hospitalocêntricos e voltados para ações curativas. Por essa razão, este estudo teve por objetivo analisar como os profissionais médicos da Atenção Básica em Saúde, na Estratégia Saúde da Família, realizam o cuidado integral individual, tendo como foco a dimensão psicológica no processo saúde-doença das pessoas. A abordagem qualitativa foi o método desta investigação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e interpretados pela análise de conteúdo, modalidade temática, constituindo-se três temas. Identificou-se que a abordagem da dimensão psicológica pelos médicos se desenvolve na perspectiva da integralidade em um esforço de reconstrução das práticas fragmentadas em saúde. No entanto, percebe-se que há dificuldades e desafios a serem superados pelos profissionais médicos junto aos usuários, à equipe e à gestão do sistema. Dessa forma, a integralidade surge como a capacidade de os profissionais interagirem com os usuários, produzindo, assim, um território comum que possibilite o diálogo entre os sujeitos, gerando uma reorganização do cuidado.

ABSTRACT

The Family Health Strategy has been the principal response in the organization of healthcare to narrowly biological, hospital-centered, and mainly curative medical care. This study analyzed how physicians working in primary care under the Family Health Strategy in Brazil conduct comprehensive individual care, with a focus on the psychological dimension in the health-disease process. The study used a qualitative approach. The data were collected with semi-structured interviews and interpreted by means of content analysis (thematic modality), comprising three themes. We found that the approach to the psychological dimension by physicians is developed from the perspective of comprehensiveness in an effort to reconstruct fragmented health practices. However, we observed difficulties and challenges to be overcome by physicians with the clientele, the health team, and management. Comprehensiveness thus emerges as the capacity of professionals to interact with users, thus producing a common ground that allows dialogue between the stakeholders, thereby fostering reorganization of care.

Recebido em: 30/06/2010

Reencaminhado em: 28/10/2010

Aprovado em: 19/11/2010

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil.

¹¹ Secretaria Municipal de Saúde, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) não só desencadeou um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também ampliou a qualidade deles, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção à saúde, que confronta o modo vigente de produzir saúde¹. O modelo tradicional de atenção vem há tempos sendo questionado por suas características fragmentárias e reducionistas, bem como pelo fato da doença ser o principal objeto de intervenção, configurando-se relações do tipo sujeito-objeto nas quais não se escuta ou se dialoga².

Contudo, quando se aborda o cuidado enquanto processo saúde-doença inclui-se, além da dimensão individual, representada pelas experiências únicas e pessoais do sofrimento e do adoecimento, a dimensão coletiva, na qual a saúde dos sujeitos é influenciada pelo contexto de vida em que estão inseridos³.

Nesse sentido, os profissionais de saúde muitas vezes não estão preparados para lidar com essas questões, haja vista o modelo médico hegemônico, pautado no diagnóstico e na terapêutica das doenças consagradas pela ciência, no qual há pouco espaço para a escuta dos sujeitos, para o acolhimento e para o cuidado integral à saúde³.

Esse modelo hospitalocêntrico e centrado no médico fortaleceu-se no pós-2ª Guerra Mundial com a crescente indústria de equipamentos biomédicos, que tornou disponíveis tecnologias e medicamentos e tinha como principal compromisso assistir a saúde com a produção de procedimentos, substituindo, ao longo do tempo, o compromisso com a defesa da vida individual e coletiva⁴.

Logo, evidencia-se o limite da racionalidade do modelo assistencial em lidar com os aspectos subjetivos do adoecimento humano e com os agravos de natureza psicossocial⁵ que se manifestam por um conjunto de sintomas indefinidos, como tristeza, baixa autoestima, ansiedade⁶. Dessa maneira, cuidar do outro, com solidariedade para aliviar o sofrimento, torna-se um grande desafio para o médico⁷.

Nesse contexto, é concebida a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto estratégia para a reorientação da Atenção Básica como primeiro nível de cuidado à saúde no SUS, considerando a ampliação do acesso dos usuários, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde⁸. A ESF está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, e possibilita às equipes multiprofissionais uma compreensão ampliada tanto do processo saúde-doença, como da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas⁴.

Essas práticas, ao serem revisitadas e discutidas, necessitam da ampliação ao conceder o cuidado, ao desenvolver a

relação de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita ao território, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado⁸.

Corroborando com as ideias anteriores, a compreensão ampliada do processo saúde-doença vai além do campo biológico e implica que médicos, em sua prática cotidiana, levem em consideração a maneira como os significados e sentidos se representam na vida de cada paciente⁵.

Este estudo questiona como os médicos da ESF, diante das diversas possibilidades de constituição do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde, estão realizando a prática profissional na perspectiva da integralidade, assim como quais são os determinantes para que eles considerem a dimensão psicológica nesse cuidado, haja vista que a origem dos sofrimentos nem sempre é facilmente identificada, e o que médicos acreditam ser a origem do sofrimento pode não corresponder à percepção dos sujeitos. O sofrimento, muitas vezes, relaciona-se à perda de papéis sociais ou mesmo aos eventos morais e emocionais, que são aliviados pelo controle da situação desencadeante⁹.

Portanto, para identificar o sofrimento, deve-se escutar e apreender o verdadeiro sofrimento das pessoas; saber o que elas sentem e dar o real valor às suas falas. Essas são ações necessárias ao cuidado integral, que deve fazer parte da essência humana, e não apenas ser um ato pontual, mas ser capaz de relacionar respeito e preocupação com o outro⁷.

Nesse sentido, considerando a integralidade e o agir em saúde, os serviços devem ofertar um cuidado com ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde¹. Esse cuidado dá-se ao passo que os sujeitos trazem os pacientes para ser o centro da atenção dos serviços e de seus profissionais¹⁰. Pretende-se com isso uma prática que se dá dentro de uma interação no cotidiano das ações, tanto no cuidado como na organização da saúde, nas quais se considerem aspectos subjetivos e objetivos¹¹.

Na construção da Integralidade e da Hierarquização do SUS, a ESF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde e deve ser vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias. Quanto à territorialização da população preconizada pelo SUS, a ESF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo acompanhamento dessa população⁴.

A ESF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, na atuação multiprofissional, assim como na responsabilização pela integralidade das ações na área de abrangência,

ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco ou seis agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário, deve responder por uma população em torno de três a cinco mil pessoas¹².

Assim, perante os processos de mudanças na organização e realização do cuidado, dos quais se destaca a ESF, surge a necessidade de se avaliar como ocorre a abordagem integral na Atenção Básica em Saúde (ABS), bem como analisar o cuidado médico diante dos problemas e necessidades de saúde em sua dimensão psicológica.

OBJETIVO

Analisou-se, neste estudo, como os profissionais médicos da Atenção Básica em Saúde na Estratégia Saúde da Família realizam o cuidado integral individual, tendo como foco a dimensão psicológica no processo saúde-doença das pessoas.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada por meio de um estudo qualitativo sobre a abordagem psicológica que os profissionais médicos da ESF têm no cuidado integral ao indivíduo. Observa-se que a análise das percepções, expectativas e valores desses profissionais diante da dimensão psicológica no cuidado na ABS é mais bem entendida por meio de uma abordagem qualitativa¹³, que compreende e classifica os processos dinâmicos vividos por grupos sociais, abrange o comportamento dos fatos e envolve interesse maior pelos significados do que pela frequência dos fatos¹⁴.

Em pesquisa qualitativa, a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões¹⁵. Considerando que se tem um universo de 28 médicos na ESF em Marília (SP), trabalhou-se com uma amostra cuja seleção seguiu o seguinte critério: sorteio aleatório de 40% dos médicos que trabalham nas USFs, abrangendo as quatro regiões do município de Marília, sendo distribuído o número de médicos sorteados de acordo com a concentração de USFs por região.

Para coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada individual, em que se levantam informações contidas na memória dos sujeitos com perguntas abertas. Segundo Haguette¹⁶, entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas no qual o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações do entrevistado.

Obtido o consentimento dos participantes a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram feitas as seguintes perguntas semiestruturadas: a) Como você realiza o cuidado integral no cotidiano de suas ações em saúde?; b) Quais são os recursos que você utiliza para a identi-

ficação da dimensão psicológica das situações/problemas do paciente?; c) Quais são as estratégias que você utiliza na resolução dessas situações/problemas do paciente que envolvem a abordagem da dimensão psicológica?

Os dados coletados foram analisados pelo método proposto por Minayo¹⁵. Segundo a autora, na análise se busca os significados manifestos e latentes no material qualitativo coletado por meio dos discursos das pessoas.

A operacionalização da técnica se deu pelos seguintes passos: a) organização dos dados, com a transcrição das falas gravadas, releitura do material (ou leitura flutuante), organizando-o em determinada sequência; b) ordenação dos dados, quando foi realizada uma leitura exaustiva e repetida dos textos, com a constituição de um ou vários *corpus* e a detecção dos núcleos de sentido; c) identificação dos temas; e d) análise e interpretação dos dados por meio de uma triangulação com o referencial teórico e o material coletado. As falas de cada médico entrevistado foram representadas da seguinte forma: M1, M2... M11.

Atendendo aos procedimentos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Protocolo de Estudo nº 221/06) e obteve financiamento do Programa de Bolsas Científicas Promed-Famema. Não houve conflitos de interesse dos autores na pesquisa.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a construção dos três temas: 1. (Re)construção do trabalho na Atenção Básica em Saúde: desafios do cuidado integral em saúde; 2. Concepção de cuidado/saúde-doença; 3. Desafios para construção do cuidado integral, incluindo a abordagem psicológica.

1. (Re)construção do trabalho na Atenção Básica em Saúde: desafios do cuidado integral em saúde

A organização dos processos de trabalho surge neste tema como o principal desafio para as questões que envolvem mudanças nos serviços de saúde, visando a centrar no usuário e em suas necessidades e quebrar o modo de organizar o cuidado médico hegemônico, calcado no uso de tecnologias duras, de máquinas e equipamentos¹⁷.

Alguns médicos ilustram o conceito de integralidade ligado ao momento e à forma de atendimento na nova organização do cuidado, destacando que

“valorizo muito mais a consulta agendada do que um simples acolhimento da demanda” (M6).

Há também os que discutem os casos com a equipe de saúde em que trabalham ou com outros profissionais da saúde mental, visto em:

“quando eu tenho dificuldade em detectar alguma coisa, [...] vou me munir de conhecimentos dos colegas da equipe, por ser uma equipe multiprofissional” (M3).

“Peço ajuda da equipe.” (M9).

Os médicos demonstram empenho na condução dos casos que envolvem a dimensão psicológica, já que

“são raros os encaminhamentos específicos, geralmente são pessoas que precisam de um espaço para falar dos problemas” (M1).

Entretanto, em alguns momentos eles necessitam encaminhar para outros profissionais os casos que não se sentem suficientemente capazes de conduzir, mencionando que:

“às vezes chega uma pessoa com ideação suicida, daí a gente encaminha para o pronto-socorro [...] depois reencaminham para a gente acompanhar” (M9).

Demonstram também a disponibilidade de tempo adequada na consulta médica para essa abordagem, ao destacarem que:

“tenho um horário na minha agenda com enfoque diferente, lá se fala dos problemas, uma dificuldade emocional, algo que esteja afetando essa pessoa na qualidade de vida dela” (M1).

Logo, a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na ABS, em uma assistência multiprofissional, fundamentada em diretrizes como o acolhimento e o vínculo, a partir dos quais a equipe se responsabiliza pelo cuidado e recupera o valor dos atos assistenciais primitivos da clínica¹⁷, o que se verifica na seguinte fala:

“o cuidado inicia-se a partir do momento em que você começa a conhecer o seu paciente, conhece a família dele, o local onde ele vive, como ele vive, e de que maneira que ele vive” (M3).

Para reorganização da clínica do cuidado, três são os conceitos que devem orientar o processo de trabalho na construção da integralidade: a clínica ampliada; a democratização da gestão (sistema de cogestão); e a integração dos diversos pontos de conexão de um sistema público de saúde, pautados no conceito de paideia¹⁸.

Essa concepção aposta em uma estratégia organizacional e em outra concepção de gestão do trabalho clínico. Nessa concepção se constrói o trabalho segundo um “neartesanato” na clínica e (re)organizando-o para facilitar a construção de responsabilidades macro e microssanitária. Reformula também o modelo biomédico, ao trazer para a prática clínica saberes de outras áreas para a reorganização do modo de fazer saúde, ampliando, assim, o poder democrático das deliberações (gestão participativa)¹⁸.

Evidencia-se ainda neste tema que fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na ABS revela, de certo modo, uma desresponsabilização no cuidado com o usuário¹⁸, além de centrar o cuidado na fragmentação dos problemas de saúde ou somente na clínica “reduzida”. Dessa forma, vê-se muitas vezes o profissional centrado nas necessidades eminentes do paciente, prestando atendimento direcionado somente à queixa, quando destacam que:

“em alguns casos a gente usa o encaminhamento como ferramenta” (M10),

ou

“algumas vezes no atendimento a gente precisa fragmentar a queixa, algo mais imediato que ele está precisando” (M5).

Identificou-se também situações em que encaminhar se torna necessário na condução dos casos clínicos, o que se aponta em:

“quando tem necessidade de encaminhar, a gente encaminha, como o caso do paciente mais complicado, pelo fato de não ter como lidar com ele aqui, como acontece com os esquizofrênicos” (M6).

Campos¹⁹ sugere um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe, de referência e de apoio especializado matricial. Parte da suposição que uma reordenação do trabalho em saúde, segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários, estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde. Propõe que as ESFs (equipes de referência) possam discutir o plano terapêutico e/ou encaminhar os casos que não forem possíveis de serem resolvidos com/por uma equipe matricial composta de psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas ou outros profissionais. Isso articulado às diretrizes de gestão colegiada e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes possibilitaria uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico. No entanto,

a equipe de referência continuaria se responsabilizando pelo acompanhamento do caso, em vez de somente transferir a responsabilidade do cuidado para o outro serviço.

Destaca-se, então, que os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, centrados nos usuários e dirigidos por todos os trabalhadores, articulados a uma rede de serviços regulada pelo Estado e comprometidos com a produção do cuidado²⁰.

Os trabalhadores da saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais, sendo necessária a construção de uma nova ética entre esses profissionais, presidida por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Esses valores devem guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços²⁰.

Entretanto, a formação desses profissionais tem tomado como referência apenas a busca eficiente de evidências no diagnóstico, tratamento e prognóstico, não buscando desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde²¹.

Assim, dentro dos limites da organização do trabalho integral, os médicos destacam problemas em sua formação profissional, considerando não haver preparo suficiente para atuar nas questões da abordagem psicológica, o que se observa na seguinte fala:

“não temos uma formação em Psicologia e Psicoterapia, talvez a nossa graduação não nos preparou de maneira que você se localize para estar atuando nestas questões de abordagem psicológica” (M8).

Hechkert²², ao discutir acerca da ética e da técnica nas práticas do cuidado, destaca que no cotidiano se produz um modo de vida consumindo técnicas como chave de solução dos problemas com os quais se convive, estando os interesses mercantis e corporativistas presentes nesse cenário. Isso ocorre tanto nos serviços de saúde, quando uma equipe de profissionais reduz seu trabalho ao uso/execução de procedimentos sem incluir uma escuta sensível e cuidadosa do outro em que intervém, como nos processos de formação dos profissionais, quando se reduz a formação ao consumo pragmático de técnicas, ao acreditar que assim se resguarda a formação de um profissional competente.

Portanto, a formação deve envolver questões como a produção de subjetividade, ética, habilidades técnicas e conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da

própria organização do trabalho, dando, dessa forma, acolhimento e cuidado às várias dimensões de saúde.

2. Concepção de cuidado/saúde-doença

Observa-se a visão que alguns médicos da ESF têm acerca de integralidade como um cuidado integrado realizado com o paciente, tentando compreendê-lo diante de seu “modo de andar a vida”, em que determinantes de sua vida e trabalho interferem em seus processos de saúde-doença, ao destacarem que:

“eu não consigo desvincular uma coisa da outra, o ser humano não funciona em gavetas” (M1).

“procuramos atender o indivíduo como um todo, não só enfocando a doença dele, e sim tentando enxergar o que o levou a adoecer, o processo de adoecimento muitas vezes nos traz informações sobre aquela família, sobre aquela pessoa” (M5).

Há uma nova maneira de se interpretar o fenômeno saúde-doença pelo modo como as pessoas estão inseridas na sociedade, ou seja, os determinantes da saúde estão vinculados a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de forma que as pessoas com menores rendas e status social estão associadas a uma pior condição em termos de saúde²³. Portanto, os determinantes estão fora do sistema de assistência à saúde. Mas, a origem pela assistência, a qual se convencionou chamar de demanda, é tomada muitas vezes como *carecimento* ou falta de algo a ser corrigido, um sofrimento. É captado tanto pelos profissionais de saúde como manifesto pelo próprio usuário enquanto *necessidade*. Contudo, essas necessidades são vistas enquanto *carecimentos* que fazem parte de um “cardápio de necessidades” socialmente reconhecidas, naturalizadas e reificadas, reduzidas a abordagens ou processos fisiopatológicos. Há necessidade de se constituir formas de assistir que fossem mais “totalizadoras” e não meramente a somatória de especificidades tecnológicas, incluindo a subjetividade tanto da coletividade como dos trabalhadores da saúde²³.

É nesse momento em que no trabalho clínico, observado em:

“procuramos atender o indivíduo como um todo, não só enfocando a doença dele, e sim tentando enxergar o que o levou a adoecer” (M5),

a clínica considera os sujeitos como concretos, dignos de novas abordagens diagnósticas e terapêuticas condizentes com suas reais necessidades¹⁸.

Essa clínica, chamada de clínica ampliada, considera fundamental expandir o “objeto de trabalho” do cuidado e agrega a esse objeto, além das doenças, as situações que aumentam a vulnerabilidade das pessoas¹⁸, como se afirma em:

“principalmente é a questão do desemprego que mais mexe com a questão psicológica do ser humano, em que a pessoa não tem motivação” (M2).

Entretanto, o exercício predominante de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em contraposição à prática da clínica ampliada com múltiplos profissionais e referida em outras falas, contribui para a baixa resolubilidade na rede básica¹⁷.

Assim, outros profissionais médicos remetem à abordagem da dimensão psicológica tentando enquadrar os pacientes simplesmente no aspecto biológico de distúrbios patológicos psiquiátricos, o que se verifica em:

“primeiro eu tento enquadrar em algum diagnóstico psiquiátrico, preciso saber se aquelas queixas que o paciente me traz fazem parte de critérios de transtornos psiquiátricos comuns da atenção primária” (M8)

“procurando os sintomas de depressão, aí eu verifico o humor, a atividade, a senso de percepção” (M4).

Os profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com sofrimento e, assim, preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referências e pontos de intervenção sobre lesões e disfunções detectadas. Campos²⁴ aponta a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde, de forma a incorporar instrumental proveniente da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a clínica em um sentido mais humanizado e acolhedor dos sofrimentos individuais, traduzindo-os, assim, em dimensões físicas, psíquicas e sociais, podendo, dessa forma, proporcionar intervenções mais integradoras.

Para que ocorra essa mudança, há necessidade de que os profissionais constituam uma nova prática, com outros propósitos, pautada em novos atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes). A finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o cuidado, que é marcado por distintos modos tecnológicos de operar o ato, a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde²⁵.

Essas dimensões se expressam em terrenos tecnológicos de domínio leve, leve-duro e duro (tecnologia dura é entendida como os equipamentos e máquinas, leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos, e leve como

os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde). O modelo cujo sentido é dado pelo mundo das necessidades dos usuários é centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do predominante hoje, cujo sentido é dado pelos interesses corporativos e financeiros das indústrias de equipamentos, centrado nas tecnologias duras e leve-duras²⁵.

Surge, então, um novo modelo de cuidado centralizado nas diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomia. Entende-se o acolhimento, em primeiro lugar, como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade de Saúde a todos os usuários que dela necessitem, e a escuta como a que qualifica o usuário e o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, conforme mencionado em:

“eu tenho me surpreendido com o efeito terapêutico de uma escuta, mais do que a solução, de um conselho é que você vê que a ação terapêutica é um espaço legal” (M9).

O vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, bem como na responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado⁴.

A autonomia significa ter como resultados ganhos a autonomia do usuário para viver a vida e se caracteriza pelo aumento da capacidade deles de compreenderem e atuarem sobre si mesmos por meio do autocuidado⁴. Parece que o profissional está buscando construir isso quando destaca que:

“às vezes a gente faz uma pergunta que faz a pessoa pensar” (M5).

Destaca-se ainda sobre este tema colocações como:

“primeiro é a atenção à fala, acho que a pessoa se coloca com sua fala [...] o olhar é um instrumento que me diz muito como está a sua vida emocional” (M1)

“acho que não tem uma fórmula, mas o básico mesmo é na conversa” (M10).

Logo, a terapêutica não se restringirá somente aos fármacos e às cirurgias. Formam-se recursos para tratar as doenças que valorizam o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Há alguns médicos que utilizam como ferramenta a terapia comunitária e os grupos no auxílio para a resolução de questões psicológicas dos pacientes, o que se percebe em:

“tem a terapia comunitária que eu já tive um contato com a comunidade e é muito boa também” (M1)

“esta troca de experiências entre os próprios pacientes é muito boa, eles se sentem mais à vontade, eles se sentem mais acolhidos e funcionam como grupo terapêutico” (M5).

Alguns relatam como instrumento do cuidado o tratamento medicamentoso ao identificar dificuldades relacionadas à abordagem psicológica dos pacientes, com posterior encaminhamento aos psicólogos, isso se vê em:

“primeiro eu tento enquadrar em algum diagnóstico psiquiátrico, [...] iniciamos um tratamento medicamentoso, então encaminhamos, dependendo do caso, para a psicologia” (M8).

3. Desafios para construção do cuidado integral, incluindo a abordagem da dimensão psicológica

Para a singularização do atendimento clínico são necessários, além da existência de certo grau de autonomia durante o trabalho, a motivação dos profissionais e a criação de um padrão de gestão, no qual a maioria se sinta motivado a se dedicar à produção em saúde, a gerenciar os processos de trabalho, bem como a se comprometer com a defesa da vida individual e coletiva¹⁸.

Para Marx, o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas, antes de tudo, como uma *práxis* que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção²⁵.

Nesse sentido, há a necessidade de se fazer uma intervenção institucional em direção à mudança dos processos de trabalho em saúde²⁵. Assim, essa intervenção deve ter como estratégia de transformação o processo de trabalho sob a óptica do trabalho vivo, que conduz às práticas inovadoras que enfrentam as necessidades de saúde, o que pode ser visto em:

“para o médico realizar a abordagem integral do paciente, ele necessita de tempo adequado na consulta” (M8),

e que modifiquem/transformem o modelo médico hegemônico para o de defesa da vida²⁵.

Entretanto, muitas vezes há dificuldade dos médicos em refletir e modificar a sua prática, o que é justificado em:

“muitas vezes você não tem tempo para despendar com o paciente [...] se você ficar dando muito retorno para as pessoas, acaba desestruturando a agenda” (M4)

ou pelo fato de haver

“dificuldade dos pacientes compreenderem o papel do médico como profissional que visa à integralidade e aceitação diante da mudança do perfil médico” (M3).

Há os que elucidam o desafio de se trabalhar na ESF, ao destacar que

“é muito complicado trabalhar no contexto do PSF e querer fazer um trabalho integrado e não ter condições; primeiro é a questão de gestão, às vezes você não consegue agendamento para o paciente, às vezes não há medicação na rede, e a pessoa não tem condições de se tratar” (M2).

Percebe-se que há dificuldades na reorganização do processo de trabalho em saúde por parte dos profissionais médicos, tanto quando eles pensam sobre a própria unidade de saúde, na gestão dos serviços para a realização do cuidado, como na forma como o usuário vê o profissional cuidando, a qual também é fruto do que é realizado por esse profissional nas suas condições de trabalho, considerando a sua visão/saberes com relação à Saúde da Família.

A velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde faz com que se torne muito complexa a atualização permanente desses trabalhadores, tornando-se, dessa forma, essencial a ampliação de recursos para os cuidados da saúde, bem como o desenvolvimento de noções como aprender a aprender, trabalhar em equipe e construir uma aprendizagem individual, coletiva e institucional^{26,27}.

Os profissionais entendem que a formação na abordagem psicológica é uma questão de perfil, quando um desses comenta que

“[...] a maioria dos profissionais não tem tanto perfil como deveria ter [...]” (M2)

e que além do perfil deverá ter acúmulo de conhecimento ao destacar que

“[...] eu sempre corro atrás para me especializar [...]” (M2).

Na reorganização dos serviços na construção da integralidade em saúde, um dos desafios que vem se mostrando tem sido o trabalho com o profissional cuja formação não vem ao encontro do projeto político do SUS, continuando centrada no modelo biológico e na direção do acúmulo do conhecimento pautado na especialização.

Em contraposição a essa abordagem, a Educação Permanente em Saúde (EPS) insere-se em uma necessária construção de relações e processos que se desenvolvem no interior das equipes em atuação conjunta. Ela corresponde à Educação em Serviço, quando se coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais²⁶. A EPS tem potência

enquanto estratégia de gestão para os processos de mudança da prática profissional. Ao ser realizada a partir da reflexão do processo de trabalho dos profissionais de saúde e dos problemas e situações que decorrem dessa prática, a EPS busca compreendê-los, construindo sentido e significado para as ações.

Na perspectiva da EPS surge, então, a noção de quadrilátero da formação, que interage os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde com a proposta de dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, estabelecer a aprendizagem significativa e a capacidade de crítica, bem como produzir autoanálise e autogestão²¹.

CONCLUSÕES

Identificou-se que a abordagem da dimensão psicológica na ESF pelos médicos se desenvolve na perspectiva da integralidade em um esforço de reconstrução das práticas fragmentadas em saúde. No entanto, percebeu-se que há dificuldades e desafios a serem superados pelos profissionais médicos junto aos usuários, à equipe e à gestão do sistema.

Dessa forma, a integralidade surge como a capacidade de os profissionais interagirem com os usuários, produzindo, assim, um território comum que possibilite o diálogo entre os sujeitos, gerando uma reorganização do cuidado.

Para que a prática médica responda ou não aos princípios da integralidade preconizados pelo SUS na ESF, a linha de cuidado deve ser fruto de um grande pacto entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais.

No âmbito da atividade do cuidar, o usuário deve ser centralizado no trabalho constante de produção, provocando a criação de novas práticas no campo da saúde, de outros modos de cuidar, de forma a integrar cuidado e gestão aos serviços de saúde para a produção de novos sujeitos e novas práticas.

O cuidado exige a construção coletiva do trabalho: construir práticas que incluam ações nas quais o outro também tenha lugar nesse processo; e construir em conjunto um mundo no qual o ato de conversar se pautar em um processo de afecções mútuas e assumir papel estratégico.

Tomar o outro como face do cuidado passa a ter, então, o sentido de produzir novos modos de trabalhar em saúde que potencializam o protagonismo dos sujeitos e que implicam corresponsabilidade. Não é possível pensar em modificações dos modos de cuidar, se não se operar uma radical mudança nos modos como se trabalha em saúde, pois existe uma relação estreita entre produção de saúde e o modo como se produz e se vive.

Portanto, pensar na dimensão coletiva das ações em saúde é afirmar que saúde não se produz por um único ser, mas nasce da relação com o outro, do modo como as relações acontecem.

REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saude Colet*. 2007;12(2):335-42.
2. Luz MT. Relatório do VII seminário do projeto racionalidades médicos: biomedicina. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1998.
3. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para avaliar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 91-102.
4. Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
5. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*. 1999;15:7-14.
6. World Health Organization. Mental health and brain disorders. [acessado 2008 jan. 02]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2001/WHR2001ita.pdf>.
7. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes; 2000.
8. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saude Colet*. 2009;14(Supl. 1):1325-35.
9. Leloup JY. Integração, centralidade e saúde total. In: Lima LMA, org. *Carência e plenitude: elementos para uma memória do essencial*. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 30-49.
10. Favoreto CAO. A velha e renovada clínica dirigida à população de um cuidado integral em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 205-20.
11. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 65-112.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica de saúde e programa de saúde da família. [online]. [acesso em 02 jan. 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>.
13. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
14. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Haguette MTF. Metodologias qualitativas na sociologia. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
17. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125-33.
18. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saude Colet*. 2007;12(4):849-59.
19. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Rev Ciên Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-403.
20. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
21. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *nção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. 2004;14(1):41-65.
22. Heckert ALC. Ética e técnica: exercício e fabricações. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2008. p. 213-30.
23. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):9-15.
24. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, org. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
26. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Botucatu. *Interface Comun.Saúde Educ*. 2005;9(16):161-77.
27. Ceccim RB, Merhy EE. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. *Interface Comun.Saúde Educ*. 2009;13(1):531-42.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram de forma suficiente e equivalente na concepção e desenho deste estudo, da análise e interpretação dos dados, assim como da redação deste artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ricardo Corrêa Ferreira
Rua Antonio Coercio, 100
Jardim Portal do Sol — Marília
CEP. 17519-342 SP
E-mail: riguaira@famema.br