

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

A PSICOLOGIA

E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:

NOVAS POSSIBILIDADES, VELHOS DOGMAS?

Fabiana Lima Silva

Natal/RN
Maio-2004

Fabiana Lima Silva

**A PSICOLOGIA E
O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:
NOVAS POSSIBILIDADES, VELHOS DOGMAS?**

Dissertação elaborada sob orientação do Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto e apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal/RN
Maio-2004

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “A Psicologia e o Programa Saúde da Família: novas possibilidades, velhos dogmas?”, elaborada por “Fabiana Lima Silva”, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher _____

Profª Drª Magda Diniz Bezerra Dimenstein _____

Profº Drº Oswaldo Hajime Yamamoto _____

Quero uma Psicologia que se metamorfoseie o tempo todo, acompanhando as mudanças da realidade social de nosso país. (...) Se entendermos que a identidade é movimento, é metamorfose, devemos entender que a identidade profissional nunca estará pronta; nunca terá uma definição. (...) Queremos estar em busca permanente, em movimento sempre. Queremos que o movimento seja a nossa identidade e que a inquietação seja nosso lema.

Ana Mercês Babia Bock

Agradecimentos

À minha família, Eunice, José Francisco, Bethânia, Thales, Thiago e Marcos Túlio, pelo apoio e carinho constantes, pelas palavras de incentivo e de compreensão.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Oswaldo Hajime Yamamoto, pela atenção, competência com que me orientou e incentivo nas horas difíceis.

À minha co-orientadora, a Profa. Isabel Fernandes, que com muita paciência e cuidado, colaborou para a realização e desenvolvimento deste trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa Marxismo & Educação, pelo apoio, carinho e colaboração. Especialmente à Cândida, Ludmila e Tatiane, pela ajuda e participação.

Aos professores da Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, pelo aprendizado. Em especial, ao Prof. Dr. José Queiroz Pinheiro, pela credibilidade.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Cilene, pela disposição em escutar e ajudar, em todos os momentos.

Aos colegas da Pós-Graduação, com quem compartilhei os momentos de angústias, anseios e alegrias, inevitáveis ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, pelo estímulo, carinho e companheirismo. Especialmente à Adriana, Indira, Ivsonaide, Joilma, Jôse e Rosa, pela presença e apoio em momentos importantes.

Ao Departamento de Psicologia, especialmente à Regina, Liette e Lúcia, sempre prestativas e acolhedoras.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, por viabilizar meus estudos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

À instituição Secretaria Municipal de Saúde - SMS, pela abertura e disponibilidade de seus profissionais.

A todos os entrevistados que, receptivos e com vontade de colaborar, contribuíram para a construção deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa de estudos e apoio financeiro dado à pesquisa.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
Introdução	10
Capítulo 1 – Histórico da saúde no Brasil	16
1.1. Políticas e movimentos de saúde no Brasil	16
<i>1.1.1. Repercussão das políticas e programas nacionais de saúde no Rio Grande do Norte</i>	25
2.1. O modelo assistencial em Natal/RN	29
<i>2.1.1. Formação e prática do psicólogo: críticas e possibilidades</i>	42
3.1. Crise na saúde – reorientando a rede de assistência	45
Capítulo 2 – A estratégia Saúde da Família	48
2.1. Programa Saúde da Família: proposta e questões	48
<i>2.1.1. Implantação do PSF no Distrito Sanitário Norte</i>	55
Capítulo 3 – A realidade da Psicologia no contexto do PSF – mudanças e implicações	73
Considerações Finais	96
Referências	101
Apêndices	
Apêndice A – Roteiro para entrevista 1	105
Apêndice B – Roteiro para entrevista 2	106
Apêndice C – Roteiro para entrevista 3	107
Apêndice D – Entrevista com E2	108
Apêndice E – Entrevista com E4	112
Anexo – Os Distritos Sanitários de Natal/RN	121

Lista de abreviaturas e siglas

ABS	–	Atenção Básica à Saúde
ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
APS	–	Atenção Primária à Saúde
CAERN	–	Companhia de Água e Esgotos do Rio Grande do Norte
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
CRIAI	–	Centro de Referência em Atenção ao Idoso
DS	–	Distrito Sanitário
DSN	–	Distrito Sanitário Norte
DSO	–	Distrito Sanitário Oeste
ESF	–	Equipe de Saúde da Família
FMI	–	Fundo Monetário Internacional
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	–	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS	–	Norma Operacional da Assistência do SUS
NOB	–	Norma Operacional Básica
MS	–	Ministério da Saúde
NESC	–	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PAB	–	Piso de Atenção Básica
PAB	–	Programa de Atenção Básica
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PND	–	Plano Nacional de Desenvolvimento
PSF	–	Programa Saúde da Família
PSG	–	Pronto Socorro Geral
RN	–	Rio Grande do Norte
RS	–	Reforma Sanitária
SIAB	–	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	–	Sistema Unificado e Descentralizado de Desenvolvimento
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidades Básica de Saúde
UFRN	–	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UR	–	Unidade de Referência
US	–	Unidade de Suporte
USF	–	Unidade de Saúde da Família

Resumo

O modelo de atenção à saúde vem sofrendo alterações em face da dificuldade enfrentada para pôr em prática seu desenho institucional universalista e democrático. Desde o Movimento da Reforma Sanitária, que pôs em pauta a exigência de um novo contexto de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, busca-se, ininterruptamente, encontrar um caminho que leve à efetivação dos princípios do SUS. Embora o modelo da vigilância sanitária - centrado na atuação de uma equipe multiprofissional - tenha tentado, mostrou-se fragmentado e pouco adequado às necessidades de saúde da população. Ao inserir-se no campo da saúde, o profissional de psicologia levou consigo seu modelo clínico de atendimento, sendo mais um – na equipe - a atuar de forma descontextualizada e pouco crítica. Em virtude desse quadro, o Ministério da Saúde investe no Programa Saúde da Família enquanto novo orientador do sistema de saúde, reestruturando a atenção básica sob uma nova lógica de ação. Nesse sentido, o município de Natal-RN, implanta, no ano de 2002, o PSF no Distrito Sanitário Norte, contexto em que são criadas equipes de profissionais nas quais não há inclusão do psicólogo. Conseqüentemente, esse profissional é excluído de seu espaço de trabalho nas antigas Unidades Básicas de Saúde. Este trabalho constitui-se na investigação da implantação e instrumentalização do PSF no Distrito Sanitário Norte de Natal-RN, tendo como objetivo analisar as implicações dessa efetivação para a estruturação da rede de serviços e mais especificamente as alterações que essa implantação possa estar imprimindo à prática dos profissionais de Psicologia, destacando seus avanços, entraves e limites. Para realizar tal estudo se fez necessário buscar dados e informações da implantação e efetivação do PSF no DSN, realizando ainda entrevistas, a partir de um roteiro semi-estruturado, com 21 atores institucionais (integrantes de equipes, coordenadores e diretores de unidades de saúde e psicólogos).

(300 palavras; 1.672 caracteres)

Palavras-chave: atuação do psicólogo; saúde pública; saúde da família; PSF.

Abstract

The model of attention to health has been suffering alterations due to the difficulty faced to put into practice its universal, democratic and institutional layout. Since the movement of Sanitary Reform, which focused in the demands of a new health context and the process of work in the area of health, one seeks uninterruptedly, to find a way which leads to the execution of the principles of SUS. Despite having tried, the model of Sanitary Vigilance – centered within the work of a multi-professional team – has shown fragmentation and little adequacy to the necessity of health in the population. Whilst inserting himself in the field of health, the psychology professional has taken with him his clinic way of attending to individuals – being one more in the team – to act in a de-contextualised and little critical way. In virtue of this framework, the Ministry of Health invests in the Family Health Program as a new guide in the health system, restructuring the basic attention at a new logic of action. In this way, the municipality of Natal-RN implants, in the year 2002, the PSF in the Northern Sanitary District, a context in which professional teams are created where there is not an inclusion of a psychologist. Consequently, this professional is excluded of his work space in the previous Basic Unities of Health. This piece of work constitutes in the investigation of the implementation and instrumentalization of the Northern Sanitary District PSF of Natal-RN, having as its objective to analyze the implications of this execution for the structuring of the health network services and more specifically the alterations that this implementation could be making to the practice of the Psychology Professionals, emphasizing its advances, obstacles and limitations. To make this work feasible it was necessary to search for data and information from the implementation and execution of the PSF in the DSN, carrying interviews from a semi-structured guide, with 21 institutional actors (members of the team, coordinators and directors of the unities and psychologists).

(331 words; 1.749 characters)

Key words: work of the psychologist, public health, family health, PSF.

Introdução

As mudanças pelas quais tem passado o setor saúde, com as exigências da democratização do acesso e modificação das práticas sanitárias através da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes, têm influenciado a organização e readaptação de práticas e formas de assistência prestadas nos serviços que compõem a base do SUS. No entanto, esse processo não se dá de forma linear ou livre de entraves.

Os princípios do SUS não conseguem se efetivar de forma ampla na realidade dos serviços, de modo que as práticas integrais de saúde e formas mais equânimes e acessíveis de atendimento não alavancam. Somadas às dificuldades de financiamento e a uma cultura de trabalho centrada no modelo curativo, esses fatores contribuem para o funcionamento de um sistema de saúde sem a qualidade e eficácia esperadas.

Apesar do compromisso da atenção primária à saúde e da importância que a atenção básica assume na reorientação do modelo assistencial, mediante atuação de equipes com desenvolvimento de ações de promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce, a rede de unidades de saúde não se consolida – em termos físicos e funcionais – enquanto porta de entrada do usuário ao sistema de saúde e tampouco enquanto referência para os serviços de maior complexidade que emergem no cotidiano do trabalho nessa rede.

O modelo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), mesmo respaldado pelo trabalho de uma equipe multiprofissional, destacou-se pela especialização e por uma visão

fragmentada do usuário, criando grande distância entre a prática profissional e os princípios destacados pelo SUS.

Especificamente no que diz respeito ao psicólogo, apesar desse profissional ter conseguido inserir-se na saúde e compor as chamadas “equipes multiprofissionais”, sua atuação pauta-se em um modelo clínico hegemônico, individualizado e tradicional, voltado para a cura dos sofrimentos psíquicos, modelo esse que coaduna-se àquele desenvolvido por toda a rede. Esta prática foi, e ainda é, alvo de discussões e críticas no seio das entidades representativas da profissão, que vêem na Psicologia inserida nas instituições públicas de saúde, a possibilidade de uma ação verdadeiramente transformadora e socialmente mais abrangente.

Dado o funcionamento dos serviços de saúde nesses moldes e, conseqüentemente, seus resultados insatisfatórios, a reorganização do sistema se faz necessária, exigindo novos modelos de atenção à saúde. Nesse sentido, a assistência primária à saúde no Brasil avançou para um novo modelo que vem sendo implantado com o propósito de reverter as práticas referentes a uma assistência voltada predominantemente para a cura de doenças e recuperação/reabilitação dos assistidos. Desse modo, como forma de superar os entraves de um modelo pouco eficaz de assistência à saúde, implanta-se o Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia de reorganização da atenção básica, estruturada a partir de uma nova concepção de saúde e de uma nova lógica de ação.

No município de Natal/RN, apesar da rede instalada ter como base o princípio dos *Distritos Sanitários*, cujo assertivo seria a racionalização dos serviços, extensão da cobertura e promoção de ações de saúde mais integradas, a realidade das unidades de saúde é outra. As críticas à respeito das condições de acessibilidade, da integralidade da atenção e da resolutividade dos problemas de saúde da população configuram o quadro dessa realidade, exigindo mudanças para a concretização de um melhor funcionamento do sistema.

Nesse intuito, o município adere ao PSF, que assume o papel de reestruturador da lógica de atenção à saúde, partindo da proposta de vínculo entre a população e os serviços e de uma articulação entre estes, na intenção de melhor atender as necessidades de saúde da comunidade. Implanta-se, em 1994, em caráter experimental, o PSF no Distrito Sanitário Oeste (DSO), e apenas em 2002 ocorre a implantação do Programa no Distrito Sanitário Norte (DSN) que, apesar de não ter sido o primeiro, tem sido alvo do interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que tenta implementar em larga escala este Programa, com seus avanços legais e institucionais mais significativos, no município de Natal.

Segundo a estratégia do Programa, são criadas as equipes de saúde da família, compostas por profissionais que, de forma conjunta, devem acompanhar e dar solução aos problemas mais comuns e freqüentes de saúde da população, encaminhando os casos que exigem atendimento especializado para instituições de suporte à rede básica.

No DSN, o profissional de Psicologia não foi contemplado para fazer parte da chamada *equipe mínima*, sendo realocado das UBS - que se transformaram em Unidade de Saúde da Família (USF) - para unidades consideradas de apoio à demanda referenciada pelo Programa. É indiscutível o fato de que esses profissionais que faziam parte da UBS perderam seu espaço na USF, encontrando-se, a partir de então, em um outro nível de atenção, se considerarmos sua atuação nas unidades (de Suporte e Referência) que dão apoio ao Programa (em menor número que as USF do PSF). O realocamento de psicólogos e outros profissionais, que não foram incluídos na equipe do PSF, e a reestruturação das unidades de saúde encontram-se dentre as mudanças que o PSF vem imprimindo à rede de atenção no DSN.

Desse modo, em virtude das alterações que a implantação do PSF no DSN provocou, torna-se necessário investigar a implantação e instrumentalização do Programa nesse Distrito e analisar as implicações dessa efetivação para a estruturação da rede no DSN e, conseqüentemente, para a atuação do psicólogo, enquanto profissional integrante dos serviços

de atenção à saúde. Essa é a questão central que abre espaço para outras questões, como a identificação da demanda e encaminhamento do sujeito, se necessário, para o Serviço de Psicologia e o papel que o psicólogo vem assumindo nos serviços de saúde, enquanto suporte e referência ao PSF, no DSN. Todas essas questões, em conjunto, contribuem para o entendimento dessa realidade em processo.

Que formato esse Programa assume, que alterações provoca no modelo de atendimento e o que suscita nos profissionais é algo essencial de se discutir, já que a área da saúde pública, hoje, destaca-se enquanto campo de atuação, atraindo os profissionais da saúde - dentre esses, os psicólogos - com a possibilidade de um emprego fixo e a idéia de um atendimento com base numa atuação intersetorial e integrada.

Com esse intuito de se discutir as questões acima apontadas, a partir de dados e informações das pessoas envolvidas no processo, foram realizadas entrevistas (E1 a E17) com coordenadores e/ou diretores de USF, Unidades de Suporte (US) e Referência (UR), integrantes (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) de duas equipes de Saúde da Família - de diferentes USF do DSN - e psicólogos (P1 a P4) que atuam em UBS, US e UR do DSN, totalizando 21 entrevistas. Apesar de haver sido previstas 26 entrevistas, dois profissionais - de uma das equipes - estavam de férias e três entrevistas ficaram inutilizadas ao mostrarem-se inaudíveis no momento da transcrição.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro básico, que se encontra nos Apêndices "A", "B" e "C", constando questões referentes à implantação do PSF no DSN, estrutura e organização do trabalho dos profissionais, ações desenvolvidas nesse Programa e articulação do PSF com os demais serviços de saúde, especialmente com o Serviço de Psicologia. Essas entrevistas aconteceram entre abril e julho de 2003, após contato com a coordenação do PSF no DSN, sendo gravadas (a partir de autorização dos participantes) e

transcritas para análise. É importante acrescentar que encontram-se, respectivamente, nos Apêndices “D” e “E”, as entrevistas - na íntegra - dos participantes “E2” e “E4”.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, intitulado “Histórico da saúde no Brasil”, discutimos as políticas e movimentos de saúde no país e a conseqüente repercussão desses acontecimentos no estado do Rio Grande do Norte. Também apresentamos, nesse capítulo, as condições em que se encontrava estruturada a rede de serviços de saúde no município de Natal, como o profissional de Psicologia estava inserido nesse contexto e as características do trabalho que vinha sendo desenvolvido na saúde pública.

Indicamos, ainda, que a realidade dos serviços estava aquém da proposta do Sistema Único de Saúde, com seu desenho institucional universalista e democrático, e da necessidade dos usuários, exigindo uma reorientação do modelo de atenção à saúde e das práticas que vinham sendo desenvolvidas, que priorizavam a cura de doenças em detrimento de outras possibilidades de atenção à saúde.

O segundo capítulo, “A estratégia Saúde da Família”, apresenta a proposta do Programa Saúde da Família, sua lógica de funcionamento e objetivos e, ainda, questões presentes na literatura (estruturais e de financiamento, dentre outras) apontando seus vieses e entraves. Ainda nesse capítulo caracterizamos a implantação do PSF no DSN, as mudanças que ele alavancou e as barreiras encontradas ao funcionamento do Programa, no Distrito em questão.

No capítulo III, “A realidade da Psicologia no contexto do PSF – mudanças e implicações”, como o título indica, o psicólogo é o principal alvo da discussão. Nesse capítulo, buscamos identificar e discutir o lugar do psicólogo no contexto de implantação do PSF no DSN, em meio às contribuições que o PSF traz à saúde da população e também aos entraves presentes para sua implementação.

É relevante apontar que este trabalho é fruto de questionamentos a partir da experiência enquanto bolsista de pesquisa na graduação, quando, ao trabalhar com a temática da “formação e atuação do profissional de Psicologia”, tínhamos a oportunidade de entrevistar psicólogos atuantes na rede de saúde pública e saber deles quais as suas expectativas quanto ao futuro profissional. Uma das perspectivas apontadas dizia respeito a uma provável inserção no PSF, a fim de ser mais bem remunerado e de ter uma relação diferenciada com a comunidade, o que chamou-nos a atenção. Ao surgir na imprensa local a notícia de uma implantação maciça do Programa no DSN, o questionamento sobre o que aconteceria com o psicólogo foi uma constante, assim como o que ele poderia desenvolver no PSF.

Também podemos considerar que este trabalho tem por base a necessidade de uma melhor compreensão da organização dos serviços de saúde e das políticas sociais subjacentes, sob as quais esses serviços são idealizados e oferecidos, o que se revela essencial quando se pretende discutir o funcionamento e eficácia dos modelos que vêm se apresentando como perspectiva na saúde pública. Para a Psicologia, tal investigação pode servir de ponto de discussão a respeito da estruturação de práticas e ações que se adéquem às novas propostas de atenção à saúde.

Capítulo 1

Histórico da saúde no Brasil

1. 1. Políticas e movimentos de saúde no Brasil

Apesar de não ter como objetivo uma caracterização ampla das fases que compreendem a história da saúde no Brasil, mas, antes, entender as implicações e conseqüências das reformas que vêm ocorrendo ao longo do tempo nas políticas de saúde brasileiras, torna-se relevante apresentar o contexto em que elas emergiram e se desenvolveram.

Segundo Souto e Leal Jr. (2000), a saúde no Brasil tem uma história que pode ser dividida em fases, fazendo referência ao sanitarismo campanhista, ao sistema de saúde médico-previdenciário e ao sistema de saúde centralizado, implementado na fase ditatorial no Brasil e que colaborou para o desenvolvimento do modelo médico assistencial privatista.

Na fase do sanitarismo campanhista, teve início, no Brasil, as políticas de saúde incentivadas pelos interesses dos governos republicanos. O país precisava incorporar novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos a fim de proteger a saúde individual e coletiva, existindo uma preocupação do governo com a vida produtiva da população e com a modernização do país.

No período Vargas (1930-1945) buscou-se centralizar a máquina governamental e investir nas políticas sociais como forma de controle das massas e dos trabalhadores, de modo a sustentar as bases de regime autoritário. Esse segundo período caracterizou-se pela divisão entre a assistência filantrópica, prestada aos pobres enfermos, e a assistência prestada aos trabalhadores, através de políticas sociais, como ganhos trabalhistas (Bertolli Filho, 2002).

Segundo Cordeiro (2001), durante os governos militares, o Brasil caracterizou-se por uma forte intervenção na área econômica e por uma atenção à área social, realizando

políticas de “focalização dos gastos”, direcionando subsídios aos pobres e a programas de atenção primária à saúde, a fim de melhorar os indicadores sociais.

Vasconcelos (2001) afirma que o governo militar criou, contraditoriamente às suas realizações anteriores, uma série de experiências de educação em saúde, em que profissionais de saúde passaram a se envolver com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde, integradas à dinâmica social. Essas experiências significavam uma ruptura com o padrão já descrito, uma vez que levavam a repensar as práticas em saúde e iniciar um processo de reivindicações por parte de setores da sociedade. Apesar dos discursos progressistas, a política de saúde, como parte integrante dos projetos do Estado, não avançou muito, caracterizando-se por uma política de desigualdade, relegando as necessidades básicas da população (na educação, habitação, trabalho e mesmo na saúde).

Os processos de industrialização e de urbanização no Brasil e a continuidade de um “florescer” na economia brasileira, entre 1969 e 1973, colaboraram para um efetivo crescimento da atenção médica, que privilegiava uma prática curativa e especializada, baseada em um modelo assistencial privatista. Era a centralidade do modelo biomédico, pautado em uma relação de causalidade, linear e mecânica, do fenômeno saúde-doença (Rozemberg & Minayo, 2001).

Apesar do aparente desenvolvimento, instaura-se, nos anos 1970, uma crise geral do capitalismo cujo reflexo mais significativo foi o esgotamento do modelo econômico do governo militar brasileiro, levando ao sucateamento da infra-estrutura dos serviços, à deterioração dos recursos humanos, das condições de trabalho e dos salários dos profissionais. Diante desse contexto, a insatisfação política da população crescia, assim como se aprofundava a desigualdade social. Esse quadro de desestruturação e de falência do milagre econômico favoreceu a emergência de movimentos populares civis e de esquerda.

Concomitante a esse processo, discutia-se, em solos internacionais, a medicina familiar e uma progressiva valorização da expansão de serviços de atenção primária à saúde, como estratégia de reorganização do setor saúde, em decorrência da crescente preocupação com a superespecialização do trabalho médico e suas conseqüências: os altos custos financeiros e a deterioração da relação humana com os pacientes (Vasconcelos, 2001).

Carvalho e Yamamoto (1999) apontam que “os movimentos sociais populares renascem e organizam, juntamente com setores progressistas do sanitarismo nacional um movimento de oposição às políticas de saúde arbitrárias e privatizantes” (p.9).

A sociedade brasileira mobiliza-se, exercendo grande pressão por mudanças na política, iniciando assim o processo de redemocratização no país. Os grupos que já desenvolviam um pensamento crítico contra-hegemônico, aproveitaram para apresentar propostas de transformações do sistema de saúde. Essa articulação ficou conhecida como Movimento Sanitário. Seus atores sociais objetivavam uma redefinição das políticas sociais e do Sistema de Saúde, exigindo uma democratização do acesso à saúde e a modificação das práticas sanitárias, uma vez que estas se mostravam inadequadas à realidade social. Na verdade, tratava-se de uma ampla Reforma Sanitária que implicava alterações legislativas, administrativas, políticas e de execução.

A extensão dos cuidados primários de saúde¹, proposta na Conferência de Alma-Ata em 1978 e a transformação no atendimento ao doente mental são algumas das idéias que ganham força nas décadas seguintes no Brasil, através do espaço aberto pelos movimentos político-sociais, que irão favorecer importantes reformas no setor da saúde em nosso país (Boarini, 1996).

¹ Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Machado, 2003).

De acordo com Carvalho e Yamamoto (1999), a inserção do profissional de Psicologia no setor público de saúde aconteceu em um momento de crise do modelo privatista-assistencial, em que se almejava desenvolver redes de serviços alternativos à saúde. A redução do mercado privado de atendimento psicológico, devido à crise econômica que afetava o país; as críticas feitas à psicologia tradicional e as indagações a respeito de uma prática psicológica socialmente mais abrangente; e a proposta de trabalho em equipes multiprofissionais de saúde favoreceram a entrada do psicólogo na rede pública de saúde.

Os avanços implementados no fim da década de 80 e início da década de 90 sinalizavam a possibilidade de uma saúde integral ao cidadão, garantida pela Constituição Federal que regulamentava, entre outras inovações, a portaria nº224, de 29 de janeiro de 1992, que prevê atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais na rede pública extra-hospitalar por equipe multiprofissional (médico, psiquiatra, psicólogo e assistente social) (Boarini, 1996).

No que se refere à equipe multiprofissional, essa deveria funcionar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para receber pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, além de realizar ações de prevenção e promoção à saúde. A possibilidade das UBS serem a porta de entrada do serviço de saúde contribuiria para que não ocorresse uma sobrecarga nos outros níveis de atenção, além de resolver, na própria Unidade, boa parte das necessidades de atendimento dos usuários. Em virtude do número reduzido de psiquiatras no quadro de profissionais para integrar essas equipes, e da incapacidade da maior parte dos profissionais de Psicologia para lidar com essa demanda, os pacientes acabavam por sucumbir a novas internações.

Apesar da lei imprimir a necessidade de incorporação de novos profissionais nos serviços de atendimento e da demanda exigir uma assistência integral, a realidade das

equipes multiprofissionais, na maior parte das vezes, mostrou-se restrita e desfalcada, sem um funcionamento adequado (Peduzzi & Palma, 2000).

Colaborando para o agravamento dessa situação, a valorização de uma lógica neoliberal nos serviços de saúde desqualifica os serviços públicos e pouco investe na capacitação dos profissionais das equipes de saúde.

De acordo com Mattos (2001), a difusão das idéias neoliberais reduz a disposição de muitos governos para empreender iniciativas, tanto na esfera econômica quanto na social, uma vez que se tornaram o centro do debate internacional os ajustes estruturais, ou seja, as reformas indispensáveis para que os países em desenvolvimento se ajustassem à nova dinâmica da economia mundial. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial se engajaram no esforço de difundir as propostas de ajuste, criando novas modalidades de empréstimos, mediante o compromisso dos governos de adotarem um conjunto de medidas econômicas recomendadas por essas instituições.

Nesse sentido, as estratégias adotadas na década de 1980 para enfrentar as dificuldades presentes na realidade brasileira basearam-se em políticas de “focalização dos gastos”, com subsídios diretos aos pobres, como por exemplo: a distribuição de suplementos alimentares e a centralização de programas de atenção primária à saúde, inspirados nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens referentes às recomendações de Alma-Ata (Cordeiro, 2001).

Em meio a esse contexto, sob influência da agenda neoliberal, as ações de atenção primária encontram espaço para difundir-se, visando uma intervenção simples, pontual e pouco dispendiosa, em busca de efeito rápido. Esse paralelo entre cuidados essenciais de saúde - colocados ao alcance universal de todos - e desenvolvimento de políticas focais, por mais que sejam contraditórios em seus interesses, terminam por aproximar-se na execução dos serviços.

Afinal, a Reforma Sanitária, que defendia o amplo acesso da população aos serviços de saúde e uma reorientação do modelo assistencial, visando uma atenção à saúde mais ampla e com qualidade, buscava, também, desenvolver ações voltadas às necessidades mais básicas da população, a partir de uma ênfase na atenção primária.

Na prática, as reivindicações apresentadas pelo Movimento Sanitário culminaram em uma proposta que foi exposta e discutida na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) como meio de repensar a estrutura e política de saúde para o Brasil. Segundo Vasconcelos (1997)

As proposições da Reforma, formuladas e defendidas por um conjunto de atores sociais que se expressam através do movimento sanitário, pretendiam alterar a Política Nacional de Saúde vigente e assim modificar o arcabouço jurídico-institucional para assegurar o direito universal à saúde, democratizar a gestão da política, descentralizar o comando e a execução das ações, reorganizar as práticas sanitárias com a construção de um novo modelo de assistência e promover a racionalização no uso dos recursos para se atingir mais eficiência e eficácia (p.42).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, foi palco de conquistas relativas ao grande projeto de mudanças político-institucionais: a Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que aconteceu em plena transição democrática, foram aprovadas as idéias de criação de um Sistema Único de Saúde e a municipalização da saúde. Outros itens, que compreendiam a proposta da Reforma, diziam respeito a uma nova conceituação de saúde, à saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ao caráter público dos serviços e à participação popular no controle dos serviços. Essa concepção ampliada de saúde passaria pela relação de uma gama de fatores, de forma a considerar a saúde no cotidiano da sociedade, relacionada às condições gerais de vida, como: saneamento, alimentação, educação, lazer, condições de trabalho, entre outras, devendo ser definida no contexto histórico da sociedade. (Luz, 1994).

Segundo Pereira (1996), tal projeto foi levado à Assembléia Nacional Constituinte (em 1987) e transformado em lei pela Constituição Federal, ficando o Estado obrigado a garantir as condições necessárias ao atendimento à saúde da população. A Constituição de 1988 veio consolidar, no plano jurídico, novas formas de operar políticas públicas, pautadas em um sistema descentralizado de base municipal, mas articuladas de maneira a configurar um sistema único. No artigo 198 da Constituição ficou instituída a implantação de um novo modelo de atenção à saúde a partir da reorganização dos serviços, através de um Sistema Único de Saúde - SUS - pautado nos princípios éticos e doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Essa base serviria à orientação da organização e funcionamento do sistema de saúde, a fim de torná-lo mais adequado às necessidades da população, através da efetivação das diretrizes de descentralização: municipalização dos serviços de saúde, hierarquização desses serviços e controle popular.

É importante acrescentar que a descentralização, de acordo com o projeto da Reforma Sanitária, seria o ponto crucial para implantar o Sistema Único de Saúde, uma vez que seriam transferidas atribuições e recursos para os outros níveis de governo: estados e municípios (Cotta, Mendes & Muniz, 1998; Vasconcelos, 1997).

Nos anos 90 o país passa por um período de mudanças, no qual busca-se implementar a agenda da Reforma Sanitária e a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Na visão de Pereira (1996), essa busca decorre das propostas que se colocam enquanto alternativas ao malogro e à estagnação do padrão de políticas de saúde. Uma dessas alternativas seria a Reforma Sanitária, já abordada anteriormente, pautada em princípios e diretrizes que têm como objetivo reestruturar o sistema de saúde vigente e, a outra, se refere ao

projeto neoliberal (para o setor saúde no Brasil), que, entre outras questões, tem por objetivo encaminhar estratégias de enfrentamento aos problemas referentes às políticas sociais.

Quanto às políticas de saúde debatidas internacionalmente na Conferência de Santafé de Bogotá (1992) discutiu-se a questão da promoção da saúde, que passa a se destacar na agenda das políticas públicas. O documento “Investindo em Saúde” (1993), publicado pelo Banco Mundial, também alcança um lugar importante no cenário do debate internacional acerca das políticas de saúde, promovendo idéias sobre quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento (Mattos, 2001).

As propostas apresentadas centram-se na separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde, na inclusão de mecanismos de mercado - através da competição administrativa - em uma ênfase na efetividade clínica e em mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários nos sistemas de saúde.

Nesse contexto, há um avanço no processo de descentralização e na reorganização da atenção básica em saúde, enquanto eixo das propostas de reorientação do modelo assistencial, transferindo para os municípios a responsabilidade com a atenção básica² e o investimento em um conjunto de medidas e programas específicos, como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, que visam o atendimento primário em saúde (Bodstein, 2002).

No entanto, apesar do modelo de reforma na saúde apresentar, no nível do planejamento, as características essenciais para se tornar eficiente e eficaz, e de se constituir na mais bem sucedida tentativa de reforma de uma política social, além de ter conseguido uma transformação substancial no sistema público de saúde, a sua implementação tem enfrentado obstáculos, pois a Reforma acontece em um contexto ainda marcado por formas centralizadas

² Segundo Machado (2003), no Brasil a expressão Atenção Primária à Saúde (APS) dá lugar à Atenção Básica à Saúde (ABS), para evitar uma concepção de assistência simplificada e de baixo custo. A ABS tem sido entendida como o primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde (p.18).

de gestão, possibilitando uma convivência contraditória entre um aparato jurídico-institucional compatível com uma sociedade democrática moderna e práticas políticas “tradicionais” (Rego, 2002). Embora Cotta, Mendes e Muniz (1998) afirmem que “o SUS se constitui hoje como a mais importante e avançada política social em curso no país” (p.141), outros autores, como Campos (1997), identificam o SUS muito mais como desafio ou possibilidade, visto a contradição existente entre o preceito legal e a realidade.

Alguns fatores podem ser apontados para justificar o hiato existente entre as normas e as práticas: a situação econômica e política do país; a dificuldade de novos financiamentos; projetos e ações com um sentido contra-hegemônico que, no entanto, não conseguem atingir seu fim; e os desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública (L'Abbate, 1999).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) também fazem referência à complexidade do desafio representado pela implementação do SUS, pontuando que os avanços e dificuldades do Sistema esbarram nas dificuldades financeiras e institucionais, uma vez que esses avanços estariam relacionados a aspectos relevantes como: adequado aporte de recursos financeiros, fortalecimento da capacidade gestora - nos três níveis do governo - e permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

Bosi e Affonso (1998), por sua vez, defendem a importância de não ser negligenciada a questão da participação popular, em que a oportunidade do usuário de saúde assumir um papel fundamental na relação com a rede de saúde e com os profissionais que nela atuam, ultrapasse a mera busca de assistência e inscreva-se numa prática pluridimensional, em que deva se destacar a dimensão política, o reconhecimento e conscientização dos direitos. Isso porque, enquanto não houver reconhecimento e luta pela efetivação dos direitos, as questões sociais tendem a serem percebidas como “favor” e trabalhadas em favor da vontade política e, nunca, das reais necessidades da população.

1.1.1. Repercussão das políticas e programas nacionais de saúde no Rio Grande do Norte

O que ocorre no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, não foge à realidade nacional. Em consonância com o que acontecia no país, Vasconcelos (1997) afirma que a década que antecedeu o momento da Reforma Sanitária (RS), configurou um período de intensas mudanças para o setor da saúde, que foi possível devido ao financiamento do II e III Plano de Desenvolvimento Nacional (PND), consolidando um Sistema Estadual de Saúde que abrangeu todo o território do RN, dando condições para a implantação de uma rede de Unidades Básicas de Saúde.

Natal apresentava uma expansão horizontal do seu espaço urbano, exigindo do poder municipal maior empenho quanto ao planejamento e implementação de ações. Para facilitar tal proposta, o município foi dividido em quatro unidades programáticas de execução, que compreendiam, ao mesmo tempo, regiões administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste). No início dos anos 1980 as políticas de saúde do Estado voltaram-se para a consolidação dos serviços e para a modernização do sistema, buscando o fortalecimento da área de Recursos Humanos e a diversificação das ações e atuação no setor, a fim de melhorar a resolutividade dos serviços, a eficácia e a eficiência da rede (SMS, 2003).

Com esse intuito, em 1982 foi implantado o Programa Médico de Família - inspirado em experiência cubana – com objetivo de reorganizar as unidades de saúde com base em três princípios: o controle social, a adstrição da clientela ao serviço e das famílias ao médico, e a formação de equipe multiprofissional. Esse modelo de atendimento ficou, porém, restrito a algumas unidades em Natal e Mossoró³.

³ Informações prestadas por uma ex-coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do município de Natal/RN.

Em 21 de janeiro de 1986 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), resultado de reivindicações do movimento sanitário local que almejava a municipalização das ações e serviços como base fundamental para a construção de um novo modelo assistencial, que incorporasse os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A SMS, ao buscar guiar-se pela nova política de saúde que estava sendo desenvolvida no país, procurou estabelecer um modelo de atenção que tivesse como referência os princípios decorrentes do projeto de reforma sanitária brasileira. Dentre outros serviços, a proposta da SMS visava estruturar os serviços de atenção em saúde mental, em seus diversos níveis de assistência, focalizando a prevenção, a promoção, o tratamento e reabilitação em saúde mental (Paiva, 2003).

Concomitante a esse processo, ampliam-se as discussões em torno do conceito de saúde, abrindo-se possibilidades para a inserção de psicólogos e outras categorias profissionais, como assistentes sociais e enfermeiros, na perspectiva de uma nova organização dos serviços, anunciando a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e reconhecendo a imprescindibilidade das ações realizadas por diferentes profissionais – como justifica a resolução nº 218, de seis de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.

Segundo Paiva (2003), o profissional de Psicologia é um dos primeiros a ingressar na SMS, em Natal, com o intuito de realizar ações voltadas para a saúde mental, tornando-se importante ator político dentro do processo de reforma psiquiátrica. Nesse contexto, os primeiros psicólogos chegam na SMS em 1987, em meio a treinamentos e discussões a respeito do papel do psicólogo dentro das unidades de saúde e das ações - pautadas na prevenção e na educação à saúde - a serem desenvolvidas.

Nesse mesmo período, no governo de Geraldo Melo, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS⁴, o que colaborou para o desencadeamento da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte, uma vez que o Sistema tinha o intuito de promover um movimento de reorganização setorial direcionado para o alcance dos objetivos da RS, de modo a superar a organização sanitária vigente e construir, de forma progressiva, uma organização sanitária descentralizada, integrada e democratizada. As diretrizes desse Sistema antecipam e conduzem muitas das definições que vão ser incorporadas ao novo texto constitucional de 1988 (Vasconcelos, 1997).

Com a implantação do SUDS, é transferida a gestão dos serviços e dos recursos financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde, como um momento transitório para a organização dos Sistemas Municipais de Saúde.

Ainda em 1987, a Secretaria Estadual de Saúde Pública e a Organização Pan-Americana de Saúde assinaram um convênio com a finalidade de desencadear o processo de distritalização (implantação dos Distritos Sanitários) no Rio Grande do Norte. Nesse período, tem início um lento processo de municipalização que só se torna efetivo com o SUS (Araújo, 2000).

Paim (1994) define Distrito Sanitário como

unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (p.188).

⁴ Aprovado em 1987 o decreto (nº 94.657) pelo qual foi criado, o SUDS propunha outra perspectiva para o setor saúde, a partir de uma proposta de atendimento universal e de descentralização, para estados e municípios.

Nesse sentido, a organização dos Distritos Sanitários (DS) se apresenta como caminho para a reforma do modelo assistencial, uma vez que objetivava modificar a natureza e a qualidade dos serviços de saúde, no intuito de torná-los mais eficazes, eficientes e igualitários. No entanto, segundo Vasconcelos (1997), os Distritos Sanitários não chegaram a se viabilizar enquanto um processo de mudança das práticas sanitárias, uma vez que não conseguiram produzir melhoras significativas na assistência à população.

A partir de 1988, houve uma ampliação da rede (SMS) para 16 unidades e, com o processo de municipalização, outras 27 unidades foram incorporadas à rede municipal, distribuídas nos 4 distritos já citados anteriormente. No entanto, o ano de 1989 foi marcado pelo enfraquecimento do SUDS, em todos os Estados, em decorrência da diminuição de recursos pelo governo federal e da crise econômica do país. Esse enfraquecimento do SUDS causou um refluxo no debate e na mobilização social em torno do projeto da Reforma Sanitária. Contudo, a inscrição do SUS no RN tem início ainda em 1990, com a promulgação da constituição estadual, que reproduz o teor da federal, incluindo as reformas do sistema de saúde⁵ (Araújo, 2000).

Diante dessas mudanças na rede de assistência e com a aquisição de unidades do Estado, a partir do processo de municipalização da saúde, mais psicólogos são inseridos no sistema através de realização de concurso público. Na intenção de contribuir com a reforma psiquiátrica, investe-se na formação de equipes de saúde mental que, no entanto, não chegam a se efetivar na prática, devido a essas equipes não estarem suficientemente instrumentalizadas para a nova demanda que se configura a partir de então.

Desse modo, mesmo com as mudanças implementadas, os serviços de saúde continuam a funcionar de modo insatisfatório, apresentando alta ociosidade, proporcionando

⁵ As reformas do sistema de saúde consistiram na constituição de equipes multiprofissionais na rede básica; na formulação de Distritos Sanitários; na constituição de Conselhos Gestores locais; na conformação de equipes de supervisão e avaliação e na descentralização das ações de vigilância sanitária.

cobertura reduzida e prestando, assim, uma assistência de baixa qualidade e com pouca resolutividade. Isto se devia, de modo particular, às precárias condições físicas das unidades, à insuficiência de equipamentos e de insumos, à baixa motivação dos profissionais e ao paralelismo de ações, entre outras questões (Vasconcelos,1997).

De uma forma geral, poderia se afirmar que a expansão dos serviços estava centrada na prática curativa, condicionando a atuação, a formação e a prática de todos os profissionais envolvidos e, conseqüentemente, influenciando na organização dos serviços.

1.2. O modelo assistencial em Natal-RN

O município de Natal-RN é compreendido por 36 bairros, distribuídos em quatro Distritos Sanitários: Norte, Oeste, Leste e Sul (o mapa da divisão dos distritos encontra-se em anexo), sendo o primeiro deles o alvo do nosso trabalho. Neste capítulo, é nosso objetivo apresentar a estrutura dos serviços de saúde que vêm sendo desenvolvidos no Distrito Sanitário Norte (DSN), especificamente ao que diz respeito às Unidades Básicas de Saúde e ao Centro Clínico da Asa Norte (Policlínica) – locais de atuação dos profissionais de Psicologia.

Antes de apresentar a rede⁶ de serviços, mantida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nesse Distrito até o início de 2002 (quando foi implantado o Programa Saúde da Família), mostra-se relevante caracterizar o DSN do município de Natal.

O DSN é o mais populoso da cidade e, segundo dados do censo 2000 do IBGE, apresenta a população com menor poder aquisitivo do município. Soma-se a isso o fato

⁶ É importante apontar que o termo “rede”, neste trabalho, refere-se à perspectiva de um conjunto de serviços que deve funcionar de modo a possibilitar a entrada do usuário no serviço, tendo todos os níveis de atenção garantidos e articulados entre eles. Apesar de considerar a idéia e importância da “rede de instituições” e “redes interativas”, enquanto proposta de trabalho coletivo e uma nova maneira de articular sujeitos diversos e produzir transformações, não iremos nos aprofundar nessa temática.

de alcançar os maiores índices em termos de população não atendida, formalmente, pelos sistemas de abastecimento de água e esgotos, sendo ainda o segundo Distrito com maior número de “não alfabetizados”. De um modo geral, o DSN juntamente com o Distrito Sanitário Oeste, representam as áreas com maior risco social, necessitando, assim, de uma maior atenção por parte da sociedade e dos órgãos públicos, sendo alvo de alguns projetos assistenciais, como o “Programa do Leite” (do governo do Estado) e “Projeto Gramorezinho”, que envolve vários atores e setores, entre eles o Centro Comunitário de Gramorezinho, a SMS e a Companhia de Água e Esgotos do Rio Grande do Norte (CAERN). Contudo, essas experiências mostram-se reduzidas frente às necessidades que nesse distrito, se apresentam (SMS, 2003).

O DSN é formado pelos bairros de Igapó, Lagoa Azul, Nossa Senhora da Apresentação, Pajuçara, Potengi, Redinha e Salinas, e conta com uma rede pública de serviços de saúde que, segundo idéia defendida pela SMS, deve funcionar de modo a garantir os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade, tendo como eixos estruturantes a acessibilidade, a resolutividade, a humanização e a cidadania (SMS, 2003).

Nesse sentido, cada nível de assistência assume papel e ações a serem desenvolvidas, de modo que o sistema funcione de forma hierarquizada e resolutiva. No DSN fazem parte da rede as unidades básicas de saúde (UBS), um pronto socorro geral (PSG), uma policlínica e dois hospitais, além de consultórios destinados ao atendimento odontológico.

De acordo com o Sistema de Informações Ambulatórias (SIA) do SUS, uma UBS deve realizar atenção básica e integral à saúde nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. O PSG, por sua vez, é uma unidade destinada a prestar assistência a pacientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

Na policlínica, é realizado atendimento ambulatorial em uma ou mais especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ser oferecidas outras especialidades não médicas. Já os hospitais são instituições destinadas a prestar assistência à saúde em regime de internação, cujos agravos necessitem de atendimento imediato, dispendo de serviço de urgência/emergência⁷ e funcionando dia e noite. As instituições hospitalares podem ser classificadas segundo o porte apresentado, de acordo com o grau de incorporação tecnológica que apresente, podendo ainda ser exclusivamente voltado para determinadas demandas, como pediatria, cardiologia ou de atenção a portadores de câncer, por exemplo (Elias, 2001).

Anteriormente à implantação do PSF no DSN, a rede contava com onze UBS, cada unidade dessas contando com uma equipe composta por médicos (clínico-geral, pediatra e ginecologista-obstetra), psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além de dentistas e bioquímicos. O atendimento nas UBS, de uma maneira geral, se caracteriza como de “demanda aberta”, recebendo qualquer pessoa que chegue à unidade, demanda espontânea ou advinda dos encaminhamentos de outros profissionais, unidades e instituições de saúde.

Nas UBS são realizadas ações do nível ambulatorial nas clínicas básicas (clínica médica, ginecológica e pediátrica) e ações programáticas incentivadas pelo Ministério da Saúde, contando, algumas dessas unidades, com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde para a realização destas últimas, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

⁷ É importante distinguir que o atendimento de urgência refere-se ao conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes cujos agravos à saúde necessitem de atenção imediata, enquanto que ao atendimento de emergência cabe a mesma descrição do primeiro atendimento, sendo acrescida a presença do risco de vida.

Entretanto, a incorporação de serviços preventivos e coletivos são difíceis, dentro de um padrão tecnificado e especializado, e requerem capacitação dos profissionais para uma intervenção mais global e articulada.

Por estarem atuando em um nível básico de assistência, esses profissionais, deveriam assegurar um atendimento integral, humanizado e resolutivo à população, com ações preventivas e de promoção à saúde, devendo encaminhar, quando necessário, às outras unidades da rede (MS, 2000; MS, 2002).

O PSG, também conhecido por unidade de pronto-atendimento, apresenta em seu quadro profissionais plantonistas, como médicos e enfermeiros, e uma equipe menor que a da UBS. Nessa equipe, não constam os profissionais da clínica básica (pediatra, ginecologista-obstetra e clínico-geral), assim como nutricionista ou psicólogo, sendo mais caracterizado por uma assistência a urgências.

Na policlínica, mais conhecida como Centro Clínico da Asa Norte, é realizado atendimento ambulatorial em algumas especialidades, como reumatologia, mastologia e psiquiatria, além de contar com fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

Em virtude de ser a única unidade que presta (em tese) atendimento mais especializado, atende tanto pacientes por demanda espontânea quanto encaminhamentos das outras unidades de saúde existentes no Distrito e proximidades. É relevante considerar que o Centro Clínico da Asa Norte é responsável pelos encaminhamentos realizados pelo PSF do Distrito Sanitário Oeste⁸, constando, em seu quadro, profissionais concursados e remunerados para esse fim.

⁸ Considerando a distância e a dificuldade de deslocamento da maior parte da população residente no Distrito Sanitário Oeste (dada a situação financeira), muito se questiona sobre a policlínica ser unidade de referência para o PSF do DSO. Afirma-se ter sido essa decisão algo meramente político, sem pensar na adequação da rede e muito menos na população que deveria ser encaminhada a esse serviço e atendida.

Os dois hospitais do Distrito, o Hospital Dr. José Pedro Bezerra (hospital geral mais conhecido como “Hospital Santa Catarina”), e o Hospital Maria Alice Fernandes (especializado em pediatria), apesar de não fazerem parte das unidades sob gestão da SMS, são instituições relevantes na composição da rede de serviços que compõem o Distrito pois, diante da fragilidade da dinâmica das unidades de saúde, representam não apenas uma outra possibilidade de assistência à saúde, mas podem funcionar como porta de entrada dos usuários, para a rede de atendimento em saúde.

Quanto ao papel desenvolvido pelas unidades e a resolutividade ofertada por esses serviços, é necessário acrescentar que, embora algumas unidades recebam o mesmo título, elas podem guardar especificidades, em virtude do tipo de serviço prestado. Como exemplo dessa situação, temos o caso da Unidade Básica de Saúde de Panatis que, apesar de ser reconhecida no DSN (e outros Distritos do município) por desenvolver trabalho específico com usuários de álcool e outras drogas, não era classificada – de acordo com o SIA/SUS - como unidade de referência, mas como uma UBS que oferecia atendimento especializado⁹ à demanda referida.

Essas diferenças acabam por atrair ou afastar os usuários, favorecendo assim a procura por determinadas unidades, consideradas “melhores” pelo usuário, de acordo com suas necessidades. Tal situação ocorre porque, embora com uma estrutura semelhante, algumas unidades podem contar com laboratório, farmácia e tratamento odontológico, ou profissionais da clínica geral que, na verdade, podem realizar atividades mais especializadas¹⁰.

⁹ É importante já apontar que após a implantação do PSF no DSN, a unidade de saúde citada deixa de ser UBS e passa a ser uma Unidade de Saúde da Família, deixando de oferecer o serviço especializado aos usuários de álcool e outras drogas. Essa equipe foi posteriormente aproveitada na criação de um CAPS-AD (voltado à demanda de álcool e outras drogas) no DSN.

¹⁰ Alguns médicos que assumem a função de clínico-geral na UBS podem ser profissionais com especialização (por exemplo: dermatologista, oftalmologista e pneumologista, entre outros), colaborando para um atendimento diferenciado por parte daquela unidade de saúde e, conseqüentemente, atraindo mais usuários.

É importante ainda considerar que, embora as UBS recebam o título de “porta de entrada” do sistema e, portanto, seus profissionais devam realizar um atendimento integral, humanizado e resolutivo, ordenando os encaminhamentos necessários, na prática não é fácil encontrar UBS que trabalhem sob essa perspectiva. Termos como acesso, atendimento integral e em equipe, perdem seu sentido. O acesso não é assegurado ao usuário, seja pelas insuficientes e inadequadas estruturas físicas das unidades ou pela falta de profissionais capacitados para a realização de atendimento digno e eficiente. Também o preceito de um atendimento integral distancia-se, uma vez que o cuidado integral ao usuário é algo impraticável nesse modelo que privilegia a doença e a cura, e há dificuldades em se dar suporte, às necessidades de saúde, a partir dos outros níveis do sistema, uma vez que há uma desarticulação entre os serviços (Borges, 2002).

Visto as dificuldades de estruturação, os serviços ficam ao deleite dos profissionais e suas disponibilidades. Afinal, alguns serviços e formas de intervenção, como a realização de trabalhos em grupo, por exemplo, ficam a cargo da iniciativa dos profissionais e de sua capacitação para a realização do trabalho proposto. De uma forma geral, o trabalho dos profissionais mostra-se fragmentado, expressão de uma dificuldade em promover ações condizentes com a saúde pública. Além disso, grande parte das ações é desenvolvida isoladamente, de forma que algumas das principais prerrogativas do SUS, como o sistema de referência e contra-referência¹¹ e o trabalho em equipe¹² não estão presentes nesse contexto.

Agravando a situação, existe a escassez de serviços especializado no DSN, que não conta, por exemplo, com nenhum Centro de Referência em Atenção ao Idoso (CRIA),

¹¹ A organização das redes de referência e contra-referência possibilitam a entrada do usuário no serviço e garantem a articulação entre os níveis de atenção, garantindo o acesso e a possibilidade de um atendimento integral (Borges, 2002).

¹² Trabalho articulado pelos vários profissionais que atuam no serviço público de saúde, no intuito de dar conta dos vários fatores que compreendem a saúde do ser humano.

apesar do número elevado de idosos na região. Não existe igualmente, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), para acompanhar e/ou assistir a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e demandas com dependência ao álcool e outras drogas.

A dificuldade no acesso às UBS e às unidades ambulatoriais que contam com especialistas têm levado as pessoas a utilizarem as unidades hospitalares como porta de entrada da assistência à saúde, criando-se, então, uma situação de superlotação, mau funcionamento e desperdício de investimento público, entre outros agravos. Uma vez que as unidades de saúde do DSN têm se mostrado insuficientes e ineficientes frente às necessidades da população e à elevada demanda do Distrito, a realidade é que os usuários recorrem, na maior parte das vezes, ao maior hospital público do município (o Hospital Clóvis Sarinho) em busca de atendimento.

Esse quadro expõe uma situação complexa, que se evidencia na dificuldade de acesso aos serviços e na elevada demanda reprimida, culminando em uma reduzida e desestruturada assistência à saúde. Dentro desse quadro, encontramos o Serviço de Psicologia, sob a égide de um serviço importante, mas restrito. A demanda é constante e elevada, dada a situação precária – social e de saúde – da população, acumulando-se à espera de vaga.

Como já foi citado anteriormente, os psicólogos alcançaram um lugar de destaque na saúde pública em Natal-RN e, em um dado momento da sua história, esse lugar se mostrou por demais importante, mesmo imprescindível, para a concretização de algumas mudanças que ocorreram no setor saúde neste município¹³. Mas, tal como outros profissionais e serviços, sofre críticas, em virtude da estruturação da atenção psicológica, que tem se revelado essencialmente tradicional e ineficaz diante das queixas e demandas que se apresentam nessas instituições.

¹³ Ver dissertação de mestrado de I. L. Paiva (2003), “Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A entrada do psicólogo nas UBS se deu em função da Portaria nº 224, que previa atendimento especializado, por equipe multiprofissional (composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social), às pessoas portadoras de transtornos mentais na rede pública extra-hospitalar, podendo detectar e diagnosticar a demanda local e encaminhar, quando necessário, às unidades de referência específicas, como os NAPS e CAPS. Porém, a falta de psiquiatras para compor as equipes e a dificuldade do psicólogo para lidar com as especificidades da demanda, fez a proposta se perder seu sentido, redundando num modelo de assistência tal qual os demais: atendimento individualizado, com intervenção nos quadros claros de sofrimento psíquico e nos encaminhamentos advindos das escolas, ou seja, no trabalho conhecido como clínico tradicional (Boarini, 1996).

Ao tratarmos mais pontualmente sobre a atuação dos psicólogos nas UBS e na policlínica, podemos destacar algumas questões que caracterizam o perfil do profissional de Psicologia e a sua atuação como essencialmente clínica, pautada em um modelo tradicional e individual de atendimento, o que vai de encontro à proposta do SUS e mesmo à expectativa de diretores de unidades e da própria SMS.

Por outro lado, é exigência da SMS que o psicólogo atenda diariamente sete clientes, realizando atendimento terapêutico individual, sugerindo, ainda, que esses profissionais realizem atendimento em grupo. No entanto, essa é uma opção do profissional que, de acordo com sua base teórica e capacitação, poderá ou não ser assumida.

Diante desse quadro, podemos observar uma contradição, por parte da SMS, uma vez que, ao mesmo tempo em que exige um número mínimo de atendimentos individuais - por parte do psicólogo - também espera que o profissional tenha disponibilidade para realizar outras formas de atuação, como o trabalho com grupos, como forma de dar acesso à elevada demanda que se acumula.

Essa postura, por parte da SMS, pode não apenas estar estimulando a exclusividade da prática clínica nas unidades de saúde como, ainda, estar desvirtuando propostas mais abrangentes de trabalhos coletivos, integrados, na saúde pública.

Ao atuar nas UBS e no Centro Clínico da Asa Norte, atendendo a demanda espontânea e os encaminhamentos diversos, os psicólogos foram construindo seu perfil profissional. Na UBS deveriam desenvolver, prioritariamente, ações características da atenção básica voltadas à prevenção e promoção à saúde. No entanto, a psicoterapia revela-se como a principal intervenção prevista mesmo nesse nível de atenção. Nesse sentido, o atendimento individual é predominante e obrigatório, exibindo, segundo Silva (1992), um modelo descontextualizado perante a rede de atenção à saúde, uma vez que são priorizadas as atividades individuais em detrimento de ações conjuntas em equipes, de modo que ações derivadas da clínica têm tomado o lugar de atividades mais amplas e contextualizadas no âmbito da comunidade.

Questiona-se não a utilização da psicoterapia como recurso na atenção primária à saúde, mas esse como único e possível recurso a ser utilizado diante da complexa necessidade de saúde da população que busca os serviços. Yamamoto (2003) aponta que “a questão em jogo não parece (...) simplesmente a possibilidade ou não da transposição de recursos técnicos tradicionais da Psicologia, mas a viabilização de uma prática que possa se articular (...) nas chamadas ‘políticas de vigilância sanitária’ da saúde” (p. 49).

Segundo Paiva (2003), ainda pode ser observada uma certa confusão quanto ao papel do psicólogo, não só pelos próprios profissionais, que sentem a carência de uma melhor formação, mas também por outros profissionais da unidade, que o vêem como “extintor de incêndios”, para dar conta dos problemas que os outros profissionais, na unidade, não conseguem resolver.

Ainda quanto à caracterização do trabalho do psicólogo nas unidades de saúde do DSN, no Centro Clínico da Asa Norte, apesar de ser um outro nível de assistência, o psicólogo tem desenvolvido a mesma forma de atuação dos profissionais das UBS. Ou seja, atendimento psicoterápico individual e a realização de trabalhos em grupos, de acordo com a disponibilidade e afinidade do profissional com esse tipo de trabalho/intervenção.

Essa situação do trabalho do psicólogo revela uma certa liberdade, frente às obrigações que os outros profissionais têm diariamente, uma vez que o próprio psicólogo tem autoridade para decidir que trabalho realizar, como realiza-lo e também agendar seus clientes, mantendo o horário de cada cliente garantido, mesmo na sua ausência. O que não ocorre quanto ao atendimento realizado pelos outros profissionais da unidade. Contudo, essa postura também o afasta do grupo, não possibilitando, portanto, a sua participação/colaboração com o trabalho da equipe.

Segundo Silva (1992), “é necessário que se estabeleçam formas de atuações, que se diferenciem segundo os objetivos de cada um dos níveis de atenção” (p.31), de modo a serem pensadas no sentido de se complementarem e se integrarem aos outros níveis de atenção. É relevante acrescentar que os psicólogos que atuam no Centro Clínico da Asa Norte passaram por um processo de seleção interna e encontram-se incluídos no PSF do DSO (recebendo um salário diferenciado por esse motivo), sendo indicados como profissionais de referência às demandas encaminhadas por esse Programa, apesar de não se defrontarem com uma demanda e não apresentarem uma atuação distinta da dos profissionais da UBS.

No DSN, não existem unidades especializadas no cuidado em saúde mental, o que nos levou a optar por não nos aprofundarmos nessa questão, apesar dos entrevistados se referirem a uma elevada demanda que busca tanto medicamentos psicotrópicos nas unidades do Distrito quanto atendimento em ambulatórios especializados. Até mesmo porque, dado o desvirtuamento da proposta de um serviço de saúde mental na atenção básica, o trabalho

voltado a essa demanda tem se resumido às unidades dos NAPS e CAPS e o trabalho dos psicólogos nas unidades de saúde percebido como à parte da questão da saúde mental, revelando o quanto o cuidado a essa demanda encontra-se restrito e pouco organizado. É relevante considerar que alguns profissionais/gestores da rede referem-se sempre ao psicólogo como integrante do Serviço de Saúde Mental, mas dada a distância entre essa demanda e a prática do psicólogo nesse Distrito, nos referimos, então, a um Serviço de Psicologia, e não de Saúde Mental. O segmento abaixo, extraído da entrevista com E9, ilustra a condição exposta aqui.

Os trechos com citações dos entrevistados serão diferenciados das citações bibliográficas, neste trabalho, através do emprego do itálico.

Se for o caso de dependentes químicos, aí já tem o CAPS, que abriu e a gente encaminha para lá (...) Mas na outra parte da psicologia, para criança, esses casos assim, mais comuns, como depressão, essas coisas, não tem atendimento. É mais difícil... (E9).

Essa dificuldade em compreender o papel e o trabalho do psicólogo nas unidades de saúde, básica ou especializada, é algo freqüente; e merece atenção uma vez que pode levar a uma restrição e retração da demanda. Segundo os entrevistados, a demanda para o psicólogo é bastante elevada - referindo-se a mulheres, crianças e, de uma forma geral, a problemas relacionados às questões sociais, como, por exemplo, depressão devido às condições de vida, à impossibilidade de prover as necessidades básicas da família, dentre outros motivos.

Boarini (2000) aponta para a dificuldade vivenciada pelo psicólogo que atua na saúde pública ao deparar-se com a crescente demanda - reflexo de um progressivo processo de exclusão social - e para a qual o psicólogo nem sempre está preparado, considerando que sua formação teórico-metodológica raramente privilegia “a cor e a forma das relações sociais em que esse homem está inserido” (p.72).

Geralmente é mais criança, assim, criança com problema na escola, no aprendizado, casos de alcoolismo: é o marido que bebe demais, aí as mulheres vêm (...) problemas de família, não é? Nós temos também muitos problemas aqui de psiquiatria... (E11).

Também é importante considerar que apesar da UBS ser indicada como unidade de entrada do sistema e receber uma demanda aberta, na prática, a demanda é selecionada de acordo com a opção pessoal e profissional do psicólogo - que pode sentir-se mais à vontade e preparado para atender uma demanda específica, como crianças ou adolescentes, em grupo ou individualmente, segundo sua orientação teórica - o que leva a um questionamento sobre o papel desse profissional na saúde pública, assim como sobre a relevância do trabalho que vem sendo desenvolvido frente às demandas que se apresentam nas unidades. Nesse sentido, impõe-se como necessária uma reflexão sobre a amplitude social do seu trabalho. Essa condição é vivenciada, conforme depoimento, no Distrito Sanitário Norte.

Tem psicólogos que não atendem todo tipo de demanda, que delimita o atendimento dele: 'Só atendo adultos' ou 'Só atendo crianças', isso é uma questão pessoal (P3).

Essa dinâmica institucional revela um conjunto de problemas que dificultam ou inviabilizam a implantação das propostas do SUS, que perde seu potencial transformador e se traduz numa grande insatisfação, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Por parte dos profissionais, alguns reconhecem que o trabalho está aquém do que deveria ser feito. Contudo, não vislumbram mudanças, diante das dificuldades, das práticas tradicionais já arraigadas e da falta de capacitação quanto a outras possibilidades de atuação.

Após essa caracterização dos serviços públicos de saúde no Distrito Sanitário Norte (antes da implantação do Programa Saúde da Família), é possível apontar para a escassez de serviços e profissionais adequados ao volume da demanda, desorganização dos serviços - que funcionam de forma isolada -, inabilidade dos profissionais para lidarem com a proposta

de uma atenção básica e integral à saúde e difícil aplicabilidade das propostas no setor, como fatores essenciais para a compreensão do que acontece na atenção à saúde pública. É acrescida a essa realidade a grande inadequação das estruturas físicas e dos recursos disponibilizados, além da insatisfação e frustração dos profissionais com o quadro que vem se delineando nos serviços públicos de saúde (financiamento, remuneração, etc), como fatores relevantes ao entendimento da crise vivenciada no setor.

Quanto à atuação dos psicólogos na saúde pública, essa tem sido alvo de investigação e críticas por parte de pesquisadores e de alguns profissionais das unidades de saúde, que percebem a necessidade de uma visão mais abrangente do ser humano, envolvido nas suas questões de sobrevivência e de relação com o outro, de ações mais planejadas – de acordo com a demanda - e de uma atuação mais integrada com a dos outros profissionais e com a proposta da instituição.

O trabalho do psicólogo não é só fazer o tratamento individual, um acompanhamento de psicologia, não. Ele envolve todo o universo, que é a questão social, é questão do lazer, trabalhar a comunidade na prevenção... (E7).

Nesse sentido, algumas críticas devem ser consideradas quanto ao trabalho do psicólogo.

1.2.1. Formação e prática do psicólogo: críticas e possibilidades

Segundo Paiva (2003), a formação do psicólogo tem passado distante de discussões acerca do contexto social e de características “reais” da população, bem como de temas como saúde pública. De acordo com a mesma, essas discussões poderiam evitar a

concepção de um indivíduo a-histórico e a-social, assim como possibilitar uma reflexão sobre o isolamento das práticas que vêm sendo desenvolvidas e da relevância do papel do psicólogo.

Como aponta Silva (1992), “pensava-se que a atuação da psicologia nas instituições públicas traria em si a ‘democratização’ de suas práticas e conseqüentemente uma ampliação na função social da profissão” (p.28). Não foi bem o que ocorreu pois, embora os contextos e as situações de trabalho venham se expandindo, a atuação do psicólogo tem se mantido restrita, de uma forma geral.

Segundo Carvalho e Yamamoto (1999), a inserção do profissional de Psicologia, no campo da saúde pública, não foi suficiente para revelar mudanças no perfil tradicional do psicólogo, caracterizado ainda por um modelo de intervenção tradicional e essencialmente individualizado.

Evidencia-se, assim, que o impacto das políticas de saúde e novas necessidades de formação de profissionais em saúde pública não foram capazes de efetivar mudanças na prática dos psicólogos, que ainda hoje sofrem críticas a esse respeito (Boarini, 1996; Dimenstein, 1999).

De acordo com Dimenstein (2001), “a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS” (p.59).

No entanto, isso não acontece simplesmente em decorrência da influência da formação, existindo outros fatores que contribuem para essa situação, dentre os quais destacamos a falta de investimento na educação continuada dos profissionais de saúde, a falta de estrutura e recursos das unidades públicas de saúde, a distância entre os aparelhos de formação e a realidade dos serviços e a pequena participação dos profissionais quanto às

decisões referentes às políticas desenvolvidas. Outro fator importante diz respeito à identidade ou questões culturais que gera uma expectativa para a sociedade e mesmo para os outros profissionais, sobre o papel do psicólogo no campo da saúde.

A prática do psicólogo pautada numa cultura individualista e psicologizante é hegemônica. Como aponta Bock (2003), a Psicologia adotou uma perspectiva naturalizante de homem e de seu desenvolvimento psíquico, assim como uma fragmentação do conhecimento psicológico e, conseqüentemente, uma fragmentação de idéias e ações. Essa naturalização dos problemas do indivíduo levou, também, ao ocultamento das questões sociais e distanciamento da criação de práticas mais contextualizadas quanto à demanda que chega às instituições públicas de saúde.

Essa situação traz à luz a necessidade de buscar a compreensão do indivíduo enquanto sujeito histórico e apresenta-se como central, dentre as questões e críticas que são discutidas a respeito da Psicologia.

Autores como Bock (2003), Dimenstein (2001), Martínez (2003) e Silva (1992), revelam que esse distanciamento da realidade social leva à incompatibilidade de objetivos e necessidades entre profissionais e usuários, à institucionalização de saberes e práticas estereis, sendo urgente uma mudança nas formas de atuar e, principalmente, uma implicação do profissional com a realidade à sua volta, compromisso social e profissional, de modo a imprimir mudanças significativas em sua atuação.

Contudo, Yamamoto (2003) aponta que a forma como esse compromisso se dá é essencial, devendo ter como base a viabilização de uma prática que possa se articular às demandas das classes subalternas, buscando outras formas de ler o real e de abordar o fenômeno psicológico. Para o autor, o desafio encontra-se em ampliar os limites da dimensão política da ação do psicólogo. Algo complicado, se considerarmos a precária organização política e a grande dispersão teórica e de modelos de atuação.

Segundo Martinez (2003),

O compromisso social do psicólogo e em primeiro lugar dos que formam psicólogos é hoje mais que nunca necessário se pretendemos uma prática profissional e social na qual a Psicologia possa ser utilizada a serviço de uma sociedade mais justa. Não basta reconhecê-lo no discurso, é necessário senti-lo e praticá-lo. (p.158).

Nesse sentido, Gonçalves (2003) aponta a Psicologia como possível colaboradora na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde mais condizentes com a realidade social. No entanto, em virtude de uma atuação ainda restrita do psicólogo no campo da saúde pública, por não buscar – ou se aventurar - por novas formas de atuação, ainda é algo pouco substancial falar da colaboração do psicólogo na construção de práticas condizentes com a realidade social. Mas que práticas seriam essas? Para Martinez (2003), essas práticas estariam pautadas em diálogos construtivos e em trabalhos em equipe. Assim como implicam na “substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública, requerem um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, bem como um modo sempre mutante de fazer saúde” (Dimenstein,1998) (p.78).

Não restam dúvidas que as dificuldades existem, assim como a necessidade de uma nova cultura, que possibilite um trabalho mais articulado, de natureza mais ampla e social. Nesse sentido, o envolvimento do profissional de Psicologia em políticas mais abrangentes e inovadoras, assim como a busca/criação de alternativas que dêem consistência e valor ao seu trabalho são significativos e necessários.

Os autores citados acima apontam caminhos para a viabilização de práticas mais próximas e condizentes com as necessidades de saúde da população.

1.3. Crise na saúde – reorientando a rede de assistência

Noronha e Soares (2001) afirmam que a chamada área social no Brasil, especialmente a área da saúde, tem sido particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas neoliberais, de ajuste econômico, implantadas no país na década de 1990.

O desemprego e a precarização do trabalho contribuem para o incremento das desigualdades sociais e econômicas, enquanto políticas sociais e de saúde perdem sua dimensão integradora, caindo numa visão focalista. Desse modo, os insuficientes recursos de investimento têm levado a rede assistencial a um crescente sucateamento e ao desenvolvimento de ações precárias e fragmentadas.

No contexto local, apesar de todos os avanços no Sistema Municipal de Saúde, dos dispositivos inovadores apresentados desde sua criação, e da SMS ter adquirido muitas unidades de saúde através do processo de municipalização, essas não passaram por uma adequação sistêmica e tecnológica, colaborando para uma situação caótica e apresentando uma realidade do funcionamento dos serviços que foi se mostrando inadequada e insuficiente, frente às necessidades da demanda. Essa situação culminou numa crise, nos anos 1990, expressa (entre outras questões) pela dificuldade de acesso, pela deterioração da rede assistencial, pelo sucateamento das estruturas físicas, pela falta de uma política de recursos humanos e de condições de trabalho (SMS, 2003).

Nesse sentido, a rede de assistência mostrou-se totalmente desarticulada: ineficiente na admissão da clientela, na realização das ações programáticas e no sistema de referência e contra-referência, revelando-se pouco resolutiva.

Como exemplo, temos a situação das UBS que, apesar da proposta da atenção básica, passou a oferecer uma miscelânea de ações e serviços, ao sabor dos profissionais e das políticas dos gestores locais (estes, muitas vezes, a serviço de interesses de grupos privados),

perdendo-se a adstrição da clientela - fator básico da organização dos serviços - e carecendo ainda de normatizações e diretrizes específicas.

Esse mosaico na assistência à saúde só tem contribuído para que os profissionais trabalhem de forma dispersa, sem uma visão integrada das demandas que chegam às unidades e, mesmo, sem um entendimento mais profundo a respeito dos mecanismos de referência e contra-referência, ou mesmo sobre o funcionamento da rede.

Desse modo, os problemas apresentados redundaram na necessidade de reestruturação, de inovação no modelo de atenção à saúde, que implique em maior responsabilidade com a saúde da comunidade, em substituição ao modelo tradicional de assistência (centrado no hospital e orientado para a cura de doenças), marcado pela passividade e falta de vínculo (MS, 2002; SMS, 2003).

Na tentativa de reestruturar o modelo de atenção vigente, o Programa de Saúde da Família (PSF) revelou-se uma estratégia relevante, propondo um trabalho articulado em equipe, voltado para os grupos familiares da comunidade e com prioridade nas ações de prevenção e promoção de saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ou seja, um modelo direcionado para clientela adstrita¹⁴ e com maior vinculação entre profissionais e comunidade, possibilitando a execução de um trabalho com maior planejamento local e exercício do controle social (MS, 1998).

Além disso, não se pode negar o grande incentivo do Governo Federal para a implantação das equipes de Saúde da Família, com subsídios financeiros de porte significativo para cada equipe colocada em prática, fato que acelerou a montagem dessa nova estrutura no município de Natal e em vários outros locais. No caso do DSN, o PSF se mostrou como uma possibilidade de saída da crise instalada numa das regiões de maior risco social, no município.

¹⁴ A população adstrita é a população residente em uma área territorial, sob a responsabilidade sanitária de determinada equipe do PSF.

A estratégia PSF apresenta um modelo de atenção básica que visa, prioritariamente, o acesso das chamadas “faixas populacionais de risco” e foi criado em virtude do mau funcionamento, no aspecto acima referido, das UBS. Esse modelo será objeto de discussão, a seguir.

Capítulo 2

A estratégia Saúde da Família

2.1. Programa Saúde da Família: proposta e questões

Segundo autores como Marques e Mendes (2002) e Senna (2002), a idéia do Programa Saúde da Família (PSF) veio complementar e ampliar os ganhos obtidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Lançado em 1991, no rastro do sucesso de experiências concretas como a de Quixadá-CE, esse Programa (PACS) deveria responder (e o fez com sucesso) à cobertura deficitária dos serviços de assistência materno-infantil e, posteriormente, foi utilizado para dar cobertura no combate ao cólera. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde tinha o intuito de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, de modo a colaborar com os sistemas de saúde locais.

Constatada a eficiência do PACS, o Ministério da Saúde apostou em um novo programa, de modo a reorganizar a prática assistencial sob novas bases e critérios, criando o Programa Saúde da Família (PSF), que assume o papel de tentar reverter o modelo tradicional de assistência à saúde, centrado em ações curativas (Franco & Merhy, 1999).

O PSF foi criado em 1994 como uma estratégia de reorganização da atenção básica¹⁵, priorizando a vigilância à saúde, com ações de prevenção de doenças e promoção à saúde junto à comunidade, a partir de uma nova concepção de saúde, mais ampla e integral.

No entanto, de acordo com Trad e Bastos (1998), é relevante considerar que em um país como o Brasil, culturalmente amplo e com visíveis disparidades sócio-econômicas, a promoção da saúde passa a ser um desafio, uma vez que apresenta como proposta uma articulação de ações entre o setor de saúde com outros setores - educação, meio ambiente, geração de emprego e renda, entre outros - e o incentivo à participação popular, imprescindível como estratégia para otimizar as políticas a serem desenvolvidas em favor das necessidades das comunidades. Nesse sentido, o conceito de promoção da saúde mostra-se ao mesmo tempo complexo e vago, pouco concreto em termos práticos.

Quanto ao funcionamento do PSF, com a entrada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no PSF em 1996, os dois programas (PSF e PACS) passam a ter uma maior integração, sendo constituída, para o desenvolvimento das ações do PSF, a equipe mínima, por: médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem e ACS. Outros profissionais podem ser inseridos na equipe, de acordo com a demanda da população adstrita. É importante acrescentar que esse Programa tem como estratégia a discriminação positiva, que seria alcançar, prioritariamente, os segmentos populares mais vulneráveis e com uma história de dificuldades de acessar os serviços de saúde.

O PSF é composto, em sua estrutura, pelas Unidades de Saúde da Família (USF), responsáveis pelas ações básicas na atenção primária, com base em área territorial¹⁶ e

¹⁵ “No Brasil, a expressão Atenção Primária à Saúde dá lugar à Atenção Básica de Saúde (ABS), para evitar uma concepção de assistência simplificada e de baixo custo, sendo entendida como o primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde” (Machado, 2003) (p.18).

¹⁶ A área territorial é uma região geográfica delimitada, abrangendo um conjunto de micro-áreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. Cada equipe de saúde da família deve atender entre 600 e 1.000 famílias ou, no máximo, 4.500 habitantes.

população adstrita, contando com equipes de saúde da família para o desenvolvimento dessas ações. Na USF podem ser desenvolvidos vários procedimentos, dentre eles o acolhimento, o atendimento individual pelos profissionais, atendimentos em grupo – tendo em vista a educação em saúde -, visitas domiciliares e reuniões entre os profissionais, para discussão de casos.

Quando necessário, as USF encaminham os usuários que necessitam de uma atenção mais especializada a unidades com perfil de suporte e referência à atenção básica, por oferecerem atendimento mais complexo. No entanto, é objetivo do PSF proporcionar atendimento completo e satisfatório na própria unidade, a partir de diagnóstico local (com o cadastramento da população) e priorização das ações, de acordo com o levantamento de necessidades realizado no território coberto, resgatando, ainda, o papel social que cabe à saúde.

A possibilidade de organizar a assistência, realizar ações de prevenção e de promoção à saúde e estar mais próximo da comunidade, podendo até mesmo atender em domicílio quando necessário, caracterizam um atendimento mais humanizado e integral, questões essenciais para a eficiência do PSF. Essas características o diferenciam do modelo anterior, centrado na cura da doença e na distância entre usuários e profissionais dos serviços de saúde e exigem uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, de modo a permitir uma atenção mais ampla e integral. Nesta perspectiva, a estrutura de uma rede de referência e contra-referência procura garantir o acesso do usuário aos outros serviços e unidades do sistema (MS, 2000).

Nesse contexto, a formação e capacitação dos profissionais são processos fundamentais para o melhor desempenho das políticas de cunho social. A ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho atrativas, pode tornar-se um obstáculo ao bom desenvolvimento do PSF (Bodstein, 2002).

Assim, as exigências para um trabalho mais complexo levam à necessidade de se investir em uma nova política de formação, através de um processo permanente de capacitação dos recursos humanos. Essa necessidade promoveu a implantação de Pólos de Capacitação, que são instituições de saúde e ensino (Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais) articuladas a fim de desenvolver os recursos humanos destinados ao PSF, contando, para isso, com recursos financeiros do Ministério da Saúde. Um outro recurso criado para melhor acompanhar e avaliar os resultados obtidos com o desenvolvido das atividades das equipes do PSF diz respeito ao Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB (MS, 1998).

No que diz respeito à questão financiamento, a princípio, os recursos não estavam vinculados obrigatoriamente às ações dos programas ou mesmo à atenção básica, sendo alocados aos serviços ou ações que demandavam mais recursos. Na prática, a lógica de alocação priorizava a doença e não a saúde, exigindo uma reformulação. A formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS/96) fortaleceu significativamente a atenção básica ao definir, como pontos prioritários, as responsabilidades dos gestores municipais – nesse nível de complexidade do sistema – e o PSF como estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial. É criado também o Piso da Atenção Básica (PAB) pelo qual todo município teria um valor específico (fixo) para viabilizar a atenção básica a toda a população, assim como recursos variáveis, sob forma de incentivo para ações e projetos prioritários, como o PACS e o PSF.

Outro aspecto relevante é a publicação da Norma Operacional da Assistência do SUS em janeiro de 2001 (NOAS/SUS/01), com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (MS, 2003).

Todas as modificações propostas pelo PSF têm a intenção de reestruturar o modelo assistencial e pôr em prática os preceitos do Sistema Único de Saúde, de modo a proporcionar uma resposta mais positiva no cuidado à saúde da população. No entanto, algumas críticas ao Programa são encontradas na literatura, especialmente no tocante a seu funcionamento e estrutura.

Alguns autores, como Franco e Merhy (1999), têm afirmado que o PSF, da forma como está estruturado pelo Ministério da Saúde, não tem potência para ser dispositivo de mudança, em virtude da estrutura dos serviços, dos limites impostos às ações desenvolvidas pelas equipes nas unidades e à própria formação e capacitação dos profissionais, dada a dificuldade em modificar algumas posturas já arraigadas nos profissionais de saúde e de obter um apoio significativo dos gestores à proposta do Programa.

Quanto à organização dos serviços de saúde, a Unidade de Saúde da Família deveria ser a “porta de entrada” dos serviços de saúde e, em articulação com outros níveis de assistência da rede, responder com qualidade às necessidades da população. No entanto, essa articulação vem se revelando algo difícil de pôr em prática, tornando a rede de referência e contra-referência algo estéril ou praticamente inexistente.

Nesse sentido, a inserção do Programa não estaria contribuindo significativamente para um funcionamento integrado de atenção à saúde, em virtude de sua prática fragmentada e pontual. A fragmentação estaria presente não apenas na relação entre os níveis de assistência, mas também na prática dos profissionais, pois além de assumirem, de forma verticalizada, as propostas do financiador do PSF (o Ministério da Saúde), assumem, sem grandes questionamentos, as ações já predeterminadas e, conseqüentemente, a continuidade de práticas voltadas apenas para a resolutividade dos problemas. Afinal, o trabalho burocrático e o desenvolvimento das ações pré-fixadas pelo MS acabam por limitar as ações e a visão das equipes diante da complexidade das questões da saúde pública. Da mesma

forma, a falta de uma integração maior entre os profissionais da equipe e mesmo da inserção de outros profissionais (tais como fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos) nessas equipes, não estimula ações integrais e articuladas (Borges, 2002).

Segundo Vasconcelos (2001), os programas de saúde pública - planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde - podem até facilitar a expansão dos programas. No entanto, restringem a intervenção dos profissionais, além de simplificar e empobrecer o alcance das propostas, pois a atenção primária ofertada por esses programas acaba sendo seletiva, priorizando a ação sobre determinadas doenças, como é o caso da atenção aos portadores de diabetes, hipertensão e tuberculose.

O autor ainda faz referência à inadequação em substituir os centros de saúde (já estruturados) por unidades do PSF, visto a dificuldade de integração entre os serviços de saúde e a redefinição qualitativa do modelo de atuação, à falta de discussão aprofundada sobre o modo de relação entre os profissionais e a população e à prática desses profissionais, o que colabora para que o Programa signifique apenas uma mudança institucional, apontando para a necessidade de uma maior aproximação do cotidiano das famílias e quebra das práticas tradicionais e da abordagem individual.

Para Franco e Merhy (1999), outra crítica diz respeito à exclusividade de atendimento à população adstrita, eliminando a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, que fica sem apoio por não haver esquema adequado de atendimento a essas demandas. Outro ponto refere-se à questão da atenção básica, se esta revela-se excludente ou univesalizante, na sua proposta, quando tem, na outra ponta do sistema de saúde, a valorização dos superespecialistas e os hospitais como centralizadores do financiamento (Sousa, 2002).

De uma forma geral, há a preocupação em torno da resposta que vem sendo dada aos novos paradigmas da saúde, que se traduzem numa prática centrada na coletividade, na humanização e contextualização dos processos saúde/doença, em contrapartida aos velhos

dogmas presentes na assistência oferecida nos serviços de saúde, subordinada a uma lógica econômica, cultural e social pautada na onipotência profissional e no individualismo, resultando em práticas isoladas e numa preocupação com o indivíduo e com a cura de seus males.

A orientação do modelo “Saúde da Família” tem por base uma proposta de necessidades, pautadas nas demandas da população adstrita, de modo a quebrar a lógica de contrato de oferta, sendo realizado um planejamento a partir das necessidades que vão surgindo.

A despeito da estratégia saúde da família ser o grande enfoque dos programas desenvolvidos e da percepção de alguns avanços, percebe-se que ainda são repetidos os velhos padrões, de modo que ainda não foi possível libertar-se da ideologia hegemônica. Dessa forma, apesar da importância do PSF na reorganização do setor saúde, muitas questões precisam ser discutidas e redimensionadas em busca de respostas e saídas aos entraves (Borges, 2002).

Quanto à implantação e efetivação do PSF no DSN, é importante compreender que alguns avanços já foram possíveis, enquanto outras questões ainda necessitam de apoio, incentivo e reformulações, para que possa enveredar por novos caminhos e atingir seu fim.

A proposta do Programa Saúde da Família, como foi referido anteriormente, tem como objetivo reverter um modelo assistencial que se mostra inadequado e pouco resolutivo, situação essa comum à grande parte dos municípios e estados brasileiros. Em 1994 foi realizado um diagnóstico no município de Natal/RN, reconhecendo-se a precariedade dos serviços, sua orientação curativa, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a gravidade da situação vivenciada pela população. Para modificar essa situação foram propostas a continuidade do processo de municipalização, a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

No que diz respeito à implantação do PSF no Rio Grande do Norte, apenas quatro municípios aderiram à proposta, sendo constituídas 18 equipes, que se mantiveram inalteradas até 1998, devido aos poucos recursos destinados ao Programa. Essa situação demonstrava as dificuldades operacionais encontradas e a impossibilidade da sua expansão e divulgação no Estado, caracterizando uma adesão tardia do RN ao PSF (Araújo, 2000).

Em Natal-RN, o PSF foi implantado, inicialmente, no Distrito Sanitário Oeste, em caráter experimental, não havendo apoio e avanços significativos do Programa nesta experiência. Em 1998 houve uma redefinição na forma de financiamento do PSF, com aumento percentual de repasse das verbas direto para os municípios, de forma proporcional ao número de equipes implantadas. O Programa de Atenção Básica (PAB) variável, estratégia responsável pelo repasse de recursos aos estados e municípios, estimula a adesão dos municípios à proposta em virtude do incremento desses recursos no nível federal para implantação do PSF no país, dando um novo impulso ao Programa.

No entanto, Araújo (2000) aponta que mesmo diante dos avanços da proposta do PSF, no Estado, o seu potencial instituidor de mudanças no desenho organizacional não

aconteceu. O que pôde ser constatado foi uma mudança reduzida, se comparada aos avanços legais e ao estabelecimento de novas formas de participação da sociedade, reconhecendo-se que não tem sido prioridade o desenvolvimento de políticas sociais que favoreçam a saúde da população no Estado.

Contudo, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) decide investir de modo contundente na implantação do PSF em Natal-RN, com a intenção de implantar o Programa em todo o Distrito Sanitário Norte (DSN), ampliá-lo no DSO e, ainda, cobrir áreas de risco social nos Distritos Sanitários Leste e Sul. Segundo Informativo da SMS (2001),

Reorganizar o modelo de atenção básica de saúde é o novo desafio da Prefeitura do Natal a ser implantado em 2002. A estratégia é baseada no modelo 'Saúde da Família', que começa na zona norte, com perspectiva de se estender para a zona oeste e as áreas de maior risco social das zonas sul e leste (p.5).

No DSN, campo de investigação do presente trabalho, a implantação do PSF teve início em março de 2002, buscando, com isso, o desenvolvimento de um novo modelo de assistência. A implantação do Programa nesse Distrito continua em processo, uma vez que até o segundo semestre de 2003 encontravam-se implantadas 38 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 13 Unidades de Saúde da Família (USF), nos bairros de Potengi, Lagoa Azul e Pajuçara. Em Pajuçara, a implantação das equipes só teve início em 2003, estando, ainda, em processo inicial, contando com apenas uma USF. Os bairros que ainda não contam com o Programa Saúde da Família continuam com a mesma estrutura e ações que eram desenvolvidas anteriormente à implantação do PSF no DSN.

Uma vez tomada a decisão dessa implantação, conseqüentemente estaria implícito um planejamento sobre esse processo. Contudo, esse é um ponto polêmico, uma vez que os profissionais entrevistados, em sua maioria, questionam a forma como se deu a implantação do Programa, ao sabor dos gestores, sem discussão e planejamento anteriores à

decisão de implantação, resultando em uma série de problemas à rede. Ilustrativo dessa afirmação é o depoimento a seguir:

Na verdade essa implantação começou errada... Porque era para ter sido daqui para lá, e não você chamar um monte de equipes (...) e não dar condição. Eu sinceramente não sei lbe dizer de quem foi essa idéia. Foi um caos... Porque tinha essa questão dos outros profissionais que estavam na unidade (E4).

Um desses problemas diz respeito às mudanças institucionais provocadas pelo PSF pois, com a implantação do Programa no DSN, estão funcionando na rede dois modelos de assistência: o modelo anterior à implantação, centrado nas Unidades Básicas de Saúde e com dificuldades aparentes, e o modelo proposto pelo PSF, centrado nas Unidades de Saúde da Família (USF) enquanto “porta de entrada” da rede. Essa duplicidade de ações é criticada por alguns profissionais, como E1, que coloca:

Como podem sobreviver dois modelos? É complicado dois modelos, e sem ter a sensibilidade de ter essa transição... É como se só tivesse (implantado o PSF) por causa do recurso, e esse recurso não foi implantado corretamente (E1).

Como afirmam os entrevistados E6 e E1, a falta de transição de modelo de atendimento nos bairros, assim como a interrupção dos serviços à população que não é da área coberta pelo Programa, também gerou transtorno e desconforto aos usuários.

(...) vou citar como exemplo uma pessoa da minha área, ele morava aqui no bairro e se mudou para o Vale Dourado, a gente retira aquela família do cadastro, aí eles ficam revoltados, porque passaram a vida toda se consultando aqui (...) (E6).

A população que ficou descoberta está sofrendo muito. (E1).

A forma e estrutura da implantação do PSF ficaram no nível dos gestores, sem espaço para discussões sobre o tema, entre profissionais e usuários, e sem uma preparação e capacitação adequadas a esses profissionais. Ocorreu um desmonte dos serviços já existentes sem uma contra-proposta efetiva na atenção à saúde da população.

Em decorrência da forma como o Programa foi implantado, o acesso aos serviços de saúde ficou comprometido. A transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em USF se deu sem um cuidado maior quanto à continuidade da assistência aos usuários que eram atendidos nessas UBS, deixando-os sem atendimento e, vários profissionais, sem espaço de trabalho.

Houve praticamente uma parada da assistência básica, por quê? Porque se desmontou as Unidades Básicas de Saúde, que já estavam precárias, mas funcionando, não é? Aí tiraram os profissionais para colocar no PSF, que também não passou a funcionar de imediato (E1).

O ponto de partida do PSF, eu achava parecido com um 'campo de concentração'(...) era aquela multidão... Foi muito desgastante para os profissionais (que estavam chegando - equipes do PSF), foi desgastante para a Unidade de Saúde, porque teve aquele impacto. Era profissional do PSF com profissional que não era do PSF... Profissional do PSF com a remuneração 'lá em cima', já recebendo... e sem ter como trabalhar... não existia nenhuma área de equipe definida, nenhuma micro-área dos agentes... (E7).

Como usuária, porque eu já usava a unidade antes de ser agente de saúde, eu achei a mudança brusca porque se fazia um atendimento geral aqui, de todo bairro, então tanto vinha gente do interior, como de bairros vizinhos... (E2).

As entrevistadas E7 e E2, respectivamente, revelam o quanto a forma de implantação foi constrangedora para profissionais e usuários. A falta de organização e estrutura inicial para a implantação do PSF mostrou-se evidente, expondo uma inadequação quanto à escolha pelos locais onde teve início o PSF, deixando-se de fora áreas de grande risco social e sem unidades de saúde suficientes, ferindo, assim, a idéia de “discriminação positiva”:

A gente sabe que quando a Secretaria implantou o PSF... o que o pessoal defende é que deveriam ter sido contemplados os bolsões de pobreza e as áreas descobertas de unidades. Mas o PSF foi jogado em cima de uma rede que já existia, entendeu? Essa área aqui é já muito privilegiada de serviços de saúde, a gente sabe que não é maravilhoso, mas com relação ao universo que tem aí... E o Vale Dourado é um bairro que só tem como serviço de saúde, a Unidade de Saúde de Vale Dourado... É uma coisa clara, que ninguém concorda, mas que foi feito assim, foi jogado o PSF onde já existiam as estruturas prontas (E7).

Você sabe que Vale Dourado é uma carência terrível, não é? Acho que em torno de 60 a 70% das pessoas que eram atendidas aqui, eram do Vale Dourado... E lá no Igapó também... O bairro de Igapó é o início da Zona Norte, poderia ter sido implantado... Quando a gente chegou aqui foi um 'Deus nos acuda'... A gente só faltava apanhar aqui (E4).

A sobreposição de estruturas de serviços em alguns bairros e o abandono de outros é algo que compromete a assistência e a capacidade de responder às necessidades de saúde da população.

Quando da implantação do PSF no DSN, os bairros contemplados com o programa cederam suas UBS para que essas dessem lugar às USF. Ainda outras USF tiveram que ser criadas para abrigar o número suficiente de equipes a atender a população. Essas USF, em sua maioria, foram instaladas em casas alugadas nos bairros citados, sem apresentar estrutura física adequada ao desenvolvimento das atividades previstas pelas equipes. Ou seja, reflexo, ainda, da falta de planejamento inicial para a implantação do Programa.

As USF contam, cada qual, com duas ou quatro equipes mínimas¹⁷, trabalhando com dedicação integral ao desenvolvimento das ações do Programa, encaminhando as demandas mais específicas às unidades de maior nível de complexidade, quando necessário.

Como foi apresentado no Informativo da SMS (2001):

As unidades saúde da família realizarão as ações básicas de saúde da criança, adolescente, mulher, idoso e controle das

¹⁷ Essa equipe mínima do PSF, no DSN, é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, sendo inseridos um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário a cada duas equipes de saúde da família.

doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, e serão referência para o tratamento de tuberculose e eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal e apoio ao diagnóstico laboratorial. As unidades saúde da família vão referenciar usuários para as unidades suportes. As unidades suporte serão referência em pediatria, ginecologia-obstetrícia, tuberculose, hanseníase, nutrição, saúde mental (com psicólogo e assistente social), além de oferecer exames de apoio diagnóstico e assistência farmacêutica. Por sua vez as unidades suporte referenciam os usuários para a Policlínica da Asa Norte, quando houver necessidade de um acompanhamento especializado (p.5).

No entanto, esse processo não foi simples, nem aconteceu imediatamente à implantação do Programa. Como apresentam as entrevistas E4 e E1, respectivamente:

Passou quase um ano sem eles atenderem, porque era uma casa alugada, que foi reformada, totalmente sem estrutura para ser uma unidade de saúde. E as pessoas aqui, cobrando. Então, no início, para a gente foi muito difícil. (E4).

A gente não tinha casa, a casa estava em reforma, entendem? A gente não está aqui há um ano trabalhando com a população...É por falta de estrutura mesmo, que estrutura tem? Se a gente quer fazer uma reunião, onde que a gente vai fazer uma reunião aqui? (E1).

Em cada bairro em que foi implantado o PSF, uma UBS deu lugar à Unidade de Suporte (US). As US são compostas pela mesma equipe multiprofissional de uma UBS, devendo atender a demanda encaminhada pelas USF do bairro e, ainda, a demanda espontânea da rede.

Por sua vez, para receber os encaminhamentos das USF e das US, além de atendimento em Psicologia, Fisioterapia e Assistência Social. Não é demais lembrar que o Centro Clínico da Asa Norte assume o papel de Unidade de Referência (UR) com algumas especialidades médicas, como psiquiatra e mastologista, além de psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Não é demais lembrar que o Centro Clínico da Asa Norte também é referência aos encaminhamentos realizados pelo PSF do DSO. Ou seja, essa unidade vem

acumulando funções sem, no entanto, ter sofrido alterações no seu quadro de profissionais ou na sua estrutura. Assumiu também o cuidado às demandas encaminhadas pelo PSF sem ser submetido a uma adaptação para adequar-se à nova realidade.

Quanto às outras unidades de saúde que compõem a rede do DSN, é importante apontar que o pronto socorro geral (PSG) existente no bairro de Pajuçara, já citado anteriormente, possivelmente passe a ser US para as USF do bairro. Uma vez que a implantação do PSF neste bairro é mais recente, tendo se iniciado mais de um ano após os demais (Lagoa Azul e Potengi), ainda não estão claras algumas alterações na transformação de UBS em USF e US, tendo sido criada, até o segundo semestre de 2003, uma única USF, com duas equipes.

Os hospitais Dr. José Pedro Bezerra e Maria Alice Fernandes continuam a funcionar no DSN, com a diferença que este último, antes gerenciado pelo grupo Pró-Saúde, voltou a ter o governo estadual como responsável pela sua gestão em 2003, o que já ocorria com o Hospital Dr. José Pedro Bezerra.

Uma mudança significativa diz respeito à inclusão na rede, em 2003, de um CAPS-AD - unidade especializada no atendimento a usuários de drogas e derivados – o que se mostrou importante para um melhor atendimento à essa demanda no DSN.

Quanto às outras unidades de saúde do Distrito, não houve alterações. Nos bairros em que ainda não foi implantado o PSF, a estrutura, organização e funcionamento das UBS continuam as mesmas, com atendimento pela equipe multidisciplinar existente na unidade.

Quanto à estrutura montada pelo PSF, as USF vêm trabalhando com população adstrita, tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como intermediador entre a equipe e a comunidade, de modo que esse vai às casas e agenda as consultas na USF ou mesmo no próprio domicílio, quando o usuário não está em condições de deslocar-se até à Unidade. Os

médicos, por sua vez, assumem o papel de generalistas, devendo estar aptos a atender as demandas de atenção primária a toda família, com o apoio dos outros profissionais da equipe. Essa é a condição básica para um atendimento integral e qualificado.

O trabalho das equipes nas USF, apesar das dificuldades (estruturas inadequadas das unidades, falta de maior capacitação às equipes e de uma rede qualificada de referência e contra-referência, entre outras), tem procurado realizar uma ação sistematizada, em que os profissionais atuam conjuntamente em torno da clientela adstrita. Os integrantes das equipes reconhecem mudanças relevantes na forma de atendimento e acompanhamento da população, com a realização de trabalhos preventivo-promocionais e participação em grupos educativos.

A mudança nas relações entre os profissionais da equipe e entre estes e a comunidade é algo muito significativo, quebrando um pouco a centralização do lugar do médico na instituição saúde e, também, da distância entre profissionais, Unidade de Saúde e usuários. Desse modo, é possível observar que o vínculo da equipe, a partir de uma prática mais articulada entre os profissionais, é uma realidade que acaba contribuindo para que se crie também uma integração maior com a comunidade, diluindo, assim, a conhecida onipotência profissional. As falas de E6 e E4 ilustram isso.

Eu gosto do Programa PSF porque foi exatamente isso que a gente sentia que faltava, era do médico ser íntimo do paciente (...) a gente chegava na Unidade de Saúde, eles não chamavam a gente pelo nome, entenderam? (...) E o que eu vejo, na minha equipe e nas outras equipes dessa Unidade, é o que o paciente se tornou, não paciente do PSF, ele se tornou um amigo da Unidade de Saúde.(E6).

Nas unidades básicas já existia a equipe multiprofissional, só que com um diferencial, e você há de concordar comigo, que quando a gente trabalhava na unidade básica, não tinha esse entrosamento dos profissionais, era 'cada um por si e Deus por todos'. Eu fazia a minha parte, o psicólogo fazia a dele, quando muito, a gente encaminhava, mas não era aquela coisa de você estar acompanhando ali, entenderam? (E4).

Na minha opinião, o que muda em relação ao PSF é o vínculo com a comunidade. Porque quando a gente trabalhava em outra unidade, a gente atendia todo mundo de todos os lugares, que apareciam. Então você não tinha o controle, assim: 'Dona fulaninha é hipertensa' ou 'Seu fulaninho é diabético', e aqui a gente tem esse controle, entender? Eu sempre digo assim, muita coisa mudou: 'O que eu fazia na outra unidade, eu faço aqui, da mesma forma que eu fazia. Só que agora a maneira mudou, a organização' (E4).

Nesse ínterim, é necessário indicar que algumas dificuldades são apontadas como presentes no funcionamento do sistema, exigindo, portanto, atenção especial para que possam ser superadas. Dentre elas, apontamos a dificuldade do profissional médico ver o outro integrante da equipe - como o ACS, por exemplo - como parte também relevante no processo de funcionamento do PSF e ainda concentrar a palavra final quanto aos diagnósticos e encaminhamentos.

Ela achava que ela, como médica... era superior a mim, e eu disse que não, que ela poderia até ser superior, no sentido de cultura... mas nós éramos colegas de trabalho, então que o meu trabalho era tão importante quanto o dela... ela precisava de mim, como eu precisava dela, entender? (E6).

Porque nós, enfermeiras, não encaminhamos, certo? Não encaminhamos. A gente até identifica o problema, repassa para o médico, mas é o médico que encaminha. (E15).

Conforme com o que afirmamos acima, esses segmentos de entrevistas apontam uma valorização do profissional da Medicina que, não há como negar, ainda é muito marcante, mesmo revelando-se a figura do enfermeiro como condutor das ações na USF. Nesse sentido, a perspectiva de se construir uma equipe de trabalho que seja a figura central para o desenvolvimento de ações em saúde, na USF, ainda está para ser conquistada.

Embora tenha sido iniciada, essa construção ainda é frágil, frente à forte onipotência e individualismo dos profissionais, difundidos em anos de uma prática hegemônica.

É como se a gente fosse a “Salvadora da Pátria” aqui, sabe? Tanto é que, no dia que não tem uma enfermeira aqui, é um “Deus nos acuda”; parece que ninguém sabe resolver nada.(E4).

No entanto, de uma forma geral, há a preocupação em desenvolver trabalhos integrados e também planejá-los e avaliá-los em reuniões e discussões, de forma a torná-los cada vez mais adequados e eficientes. Isso acontece porque, apesar dos profissionais estarem desenvolvendo nas USF ações programáticas específicas previstas pelo Ministério da Saúde (MS), a inovação diz respeito aos novos eixos de orientação do trabalho, valorizando o trabalho estruturado, desenvolvido em equipe, de forma humanizada e ética. Mas, em que pesem os cuidados a esse respeito, essa não é a regra e nem a postura de todos os profissionais que compõem o Programa. Como afirma E10

O trabalho de equipe ainda está... Não é nem por nada, é porque nossa educação... A gente foi educada para ser técnico, para sentar no consultório, isoladamente, chegar o paciente, a gente fazer o trabalho e tal, e ir embora.

Existiu assim, uma diferença grande de rotina, de prática de PSF, de unidade para unidade. A equipe não estava... Faltava compromisso do pessoal. Depois que começou esse ano a especialização no NESC, com toda a equipe do PSF, aí sem querer mesmo, naturalmente ele (o profissional) se compromete, então a coisa melhora, entendem? Na questão do horário, de humanização, de capacitação mesmo, de competência para fazer o serviço (E7).

Como aponta a entrevistada E7, a capacitação da equipe constitui-se enquanto ponto crucial para o envolvimento da mesma nas ações, uma vez que nos processos de capacitação, os profissionais têm oportunidade de compartilhar dúvidas, receios, idéias, renovando seus conhecimentos e enxergando a possibilidade de práticas mais integradas e próximas da realidade da população.

Outra questão relevante, quando referimo-nos ao envolvimento da equipe, ou seja, dos profissionais em equipe, diz respeito à remuneração, ao salário. Essa questão é central e polêmica, uma vez que os profissionais envolvem-se com a idéia de estarem inseridos no PSF

dada a elevada remuneração, se comparada aos baixos salários dos funcionários públicos do setor saúde. Essa situação gera rixa e rivalidade entre as unidades e profissionais, entre aqueles que recebem a gratificação do PSF e aqueles que não a recebem.

Outra coisa importante que a gente nota (...) é que quando a gente tem uma diferença salarial então... o Suporte tem como uma rixa (...) Então quando a gente pede... eles ficam olhando a gente de cima, porque sabem que a gente vai pedir espaço... tem isso... se ninguém falou, mas existe! (E1).

Essa situação dificulta a relação entre as unidades e, conseqüentemente, o funcionamento de uma rede mais articulada e integral. Por outro lado, a precariedade desse contrato com os integrantes do PSF também gera uma forte insegurança quanto ao futuro do Programa e dos próprios profissionais.

É relevante considerar que, a partir da adstrição da clientela já mencionada, os profissionais realizam um processo de triagem e, caso necessário, fazem os devidos encaminhamentos. Após a implantação do PSF a demanda encaminhada aumentou significativamente, uma vez que a equipe teve a oportunidade de ir à comunidade e realizar um diagnóstico de vida e saúde da população coberta. Os problemas associados às condições de vida são os mais freqüentes e se revelam nas mais diferentes formas, sejam elas, abuso de álcool e/ou outras drogas, depressão, crianças com distúrbios de aprendizagem e/ou dificuldades de relacionamento e quadros psiquiátricos com uso abusivo de psicotrópicos, dentre outros. No entanto, é necessário refletir sobre a capacitação das equipes para realizar essa triagem, uma vez que a falta de visão mais abrangente sobre algumas questões, como “saúde mental”, pode estar obstruindo o trabalho ou triando a demanda de forma pouca adequada, assim como *psicologizando* as necessidades das demandas, de modo geral.

Entretanto, apesar dos questionamentos, a demanda é real e freqüente nos serviços, exigindo ajuda ou respostas aos problemas por ela colocados. Nesse sentido, faz-se necessário compreender que demandas são essas.

Então a demanda maior, e não é uma característica só daqui, é uma característica principalmente do bairro do Potengi, que é uma demanda muito alta para a faixa etária de idosos... (E7).

Geralmente é mais criança com problema em escola, no aprendizado... Casos de alcoolismo... Também temos muitos problemas aqui de psiquiatria, é muito solicitado. (E11).

A possibilidade de cuidar dessas demandas nas USF ainda é muito restrita, uma vez que as equipes não tem uma estrutura física adequada e recursos materiais e técnicos para isso, assim como uma capacitação para lidar com demandas mais específicas, como casos de alcoolistas ou de violência intrafamiliar, entre outros.

Atendimento básico é tudo para ser feito aqui: vacina, curativo, ser tudo aqui na unidade do PSF; a gente ainda não está fazendo a vacina porque ainda não chegou a vacina. Faltava o curativo, porque faltava o material, que chegou essa semana (...). A gente ainda está com problemas de definição de salas, não tem salas, não tem sala para todas as atividades, algumas precisam ser melhoradas, colocada bancada com pia. Faltam salas adequadas. (E12).

A parte física não melhorou em nada! A parte física da unidade do PSF, ela não melhorou em nada. Eu diria até que piorou, porque são quatro médicos e apenas três salas. Quer dizer, fica sempre um médico sobrando, ele não faz o atendimento por motivo de não ter uma sala (...). Eles têm que rebolar mesmo, para fazer o atendimento (...) as salas que têm, têm alguns problemas. (E6).

A falta de uma visão ampla, intersetorial e integrada ainda é muito forte, herança da cultura profissional predominante. Conjuntamente, há a falta de medicamentos suficientes para atender a todos os usuários e mesmo a falta de recursos materiais para a realização do trabalho, tais como papel, fichas, termômetros e balanças, entre outros.

Um problema sério que a gente tem, que você não questionou aí, mas... É a questão da medicação, a gente tem tido muito problema por conta disso. A medicação chega, com dois dias acaba. (E4).

Você viu a farmácia da gente? Chego o medicamento segunda-feira! Essa semana a gente já precisou ir pegar no posto. Chegou para o mês e já não tinha mais nada (...) A gente recebeu um kit, porque o Ministério (da Saúde) manda o kit do PSF, a gente só recebeu uma vez. (E1).

Aí fica nesse impasse, o médico preocupado porque o paciente não está tomando o remédio, porque não tem dinheiro para comprar (...) E nem chega a medicação, entendeu? São essas coisas, são esses entraves que acontecem, que não era para acontecer, eu acho, num Programa como esse. (E15).

A falta da medicação preocupa os profissionais, uma vez que ela é um dos recursos terapêuticos mais utilizados e valorizados pelo usuário. No entanto, esse não é o único item a faltar nas unidades.

Não tem um balde! Aí a gente como servidor, como profissional, é triste! (...) Pois é, é tudo da gente (...) o banheiro: tampa, cortina, coisa para papel higiênico, para sabonete, tudo foi a gente que trouxe, está entendendo? (E1).

Por exemplo, são 20 agentes de saúde e nós temos quatro balanças, para pesar as crianças. Às vezes falta até cadastro para a gente fazer... (E2).

Chegou um nebulizador doméstico (...) que não agüenta uma demanda muito grande, a gente tem que dar um intervalo entre uma nebulização e outra (E1).

As políticas de distribuição de medicamentos e de financiamento do Programa também são questionadas, uma vez que não há uma regularidade nessa distribuição nem resposta, por parte do Ministério da Saúde e da própria SMS, quanto aos motivos concretos dessa situação.

Porque é assim, um vem do Ministério da Saúde, que é para esse pessoal do PSF, e a gente ainda está recebendo medicamento da SMS, que a SMS que faz compra. Então a gente está com esses dois tipos de... O medicamento que vem pelo Ministério, ele não pode ser entregue à

população de uma maneira geral, ele só pode ser entregue se você faz parte... Se você mora na área, certo? (E11)

O financiamento, por sua vez, que deveria ser responsabilidade dos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal), não se efetiva na realidade, revelando o desequilíbrio entre os gestores e os recursos destinados à atenção básica.

Não tem SUS que resista. Aí aquele dinheiro da atenção básica é raspado, tirado para pagar o secundário e o terciário. Apesar de que o secundário nem existe. Eu confesso que não existe. Então só tem o “básico básico” e tem o terciário, que leva o recurso que é preciso. Aí nem sempre consegue se manter (e gera demanda para os de cima, para o terciário, para onde o dinheiro sai. (E1).

Além das dificuldades acima citadas, podemos encontrar outras situações que interferem na resposta das USF e, de uma forma geral, do PSF, às necessidades de saúde da população, encontra-se também a falta de capacitação dos profissionais para a realização de determinadas intervenções. A mudança na lógica do atendimento aos usuários implicaria, também, em uma mudança na lógica do saber/fazer dos profissionais.

Todas essas situações exigem não apenas uma política e técnica mais condizente com as propostas do Programa mas, também, capacitação para lidar com as demandas mais frequentes. Coadunando com essa idéia, a entrevistada E1 aponta para a necessidade de uma capacitação com vistas à estratégia do PSF:

Eu acho que é importante porque é muito diferente o trabalho de equipe de saúde da família para uma unidade básica tradicional. Não é só ficar na unidade passando remédio, nem remédio tem para o usuário receber, a gente pode fazer muita coisa fora da unidade.. A gente não é acostumada a trabalhar a intersetorialização (E1).

Infelizmente, a questão da capacitação é algo que se revela falha, frágil, desde a implantação do Programa, uma vez que não foram realizadas capacitações com todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

O médico do PSF, ele quando vai fazer a seleção ele já sabe que vai se submeter ao concurso para trabalhar como generalista. E generalista, ele tem que dominar todas as três clínicas: ele tem que saber ginecologia, clínica e pediatria.(...) Tem uma turma bem grande do PSF fazendo capacitação, médicos e enfermeiros. Só que isso tem o quê? Tem um ano de implantação de equipes, de profissionais trabalhando na área, com famílias e tudo. E é complicado, principalmente assim, para o médico (...) Às vezes é comprometedor para um médico, ele é um clínico, para fazer uma ginecologia, para fazer uma pediatria mais específica, fica complicado. É um risco para o profissional, também, e ele não tem a culpa de não estar capacitado. (E7)

(...) esse pessoal primeiro era para ter sido todo capacitado, certo? (...) Já ia ser chamado? (...) Já passaram? Então tivesse feito uma capacitação com esse pessoal, quando esse pessoal estivesse todo capacitado, que se fizesse as devidas colocações, nos lugares, nos locais onde eles deveriam trabalhar. Mas não, foi chamado assim, fizeram o treinamento introdutório, uma coisa bem rápida (...) Quando isso deveria ter acontecido antes, eles serem capacitados para poder vir, para que pudesse dar uma resposta melhor ao atendimento. (...) Se isso tivesse acontecido antes, as capacitações, para depois colocar essas pessoas para trabalhar, eu acho que o PSF estaria com menos problemas que hoje. (E11).

As capacitações tiveram início em 2003, na forma de uma Especialização em Saúde da Família, promovida pelo Pólo de Capacitação, e não foram direcionadas a todos os profissionais, no sentido que, ao passarem por uma seleção para poderem participar da especialização referida, os profissionais de algumas unidades ficaram de fora, enquanto outras unidades têm em suas equipes dois ou três profissionais participando da capacitação. Esse critério de seleção foi apontado como falho e necessário de ser revisto, em prol de uma capacitação mais uniforme entre equipes e USF.

E o pessoal que ainda não entrou na capacitação do NESF está questionando, porque vai ficar muito desnivelado... Está questionando também os critérios de seleção para a capacitação... (...) tem unidade do PSF que tem três profissionais do PSF fazendo essa especialização, porque teve a seleção e passou. Aqui nós temos uma, certo? Então é uma coisa que fica desequilibrado, então a gente está começando a questionar esses critérios. (E7).

De uma forma geral, a maior parte dos entrevistados acredita que a inserção de outros profissionais (como psicólogos, assistentes sociais, e nutricionistas) na equipe de saúde

da família poderia favorecer uma atuação mais integral, uma vez que esses profissionais poderiam dar apoio técnico e respaldo para o desenvolvimento de determinadas ações. A presença de outros profissionais na equipe de saúde da família poderia favorecer o desenvolvimento de ações básicas mais articuladas e resolutivas, voltadas ao controle de doenças crônicas, à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tem a questão nutricional, que como eu estava dizendo às meninas, esses grupos de hipertensos e diabéticos, assim, eu enquanto enfermeira, tive uma orientação em relação à questão de nutrição desses pacientes, mas que é diferente de um profissional que é formado para aquilo, que tem muito mais habilidade. (E4).

No entanto, a ausência desses profissionais na USF, possivelmente desenvolvendo um trabalho em equipe, faz as equipes ficarem na dependência dos encaminhamentos dessas demandas às unidades de maior complexidade da rede que, por sua vez, não têm vagas e condições necessárias para atender a todos os que buscam os serviços.

A restrição de vagas nos outros níveis de assistência acaba limitando a possibilidade de cuidado a essas demandas. A dificuldade de realizar encaminhamentos e a inexistência de uma rede que articule de forma abrangente e satisfatória a referência e contra-referência fazem com que os serviços mostrem-se fragmentados e pontuais e que o usuário recorra a outros serviços, como os hospitais.

A questão da referência e contra-referência vem se mostrando enquanto uma questão grave e aguda, na rede, que deixa os profissionais preocupados e conscientes de que o trabalho tem resolutividade parcial, dependendo da situação.

Coisas que a gente possa resolver aqui tudo bem! Porque está na nossa... Mas quando você tem que mandar essa demanda para fora, aí a gente não garante. (...) A questão de resolver coisas que não dependem da gente, aí é que está o problema. Esses encaminhamentos para fora... São muitas coisas que realmente fogem da nossa competência. A gente acaba não dando vencimento... (E4).

Além de expor a fragilidade da rede de referência e contra-referência, pode também ser observada uma ligação dessa falta de cuidados amplos às demandas com a falta de competência, referente à não capacitação para lidar com as mesmas ou mesmo à falta de outros profissionais com um saber/fazer diferenciado e complementar ao trabalho em equipe, ou, ainda, à falta de recursos para lidar com determinadas demandas.

Eles pensam que isso aqui é uma unidade de Pronto-Atendimento. Muitos chegam aqui, na hora que chegam quer ser atendido, não é? Quer ser logo atendido. E às vezes é um caso que a gente não pode resolver. Como a gente não tem medicação de urgência na Unidade, não pode ser resolvido. Tem que ir para um Pronto-Socorro.(E11).

Se a lógica é atender a demanda na sua área de cobertura, buscando dar resolutividade e evitar a super lotação dos hospitais, por exemplo, então o serviço ainda apresenta muitas lacunas e uma desestruturação no leque de suas atribuições. A falta de informação/esclarecimento ao usuário também é algo grave, que gera desconforto e desconfiança da população quanto à validade do papel da unidade, uma vez que esta não lhe serve em um momento de grande necessidade.

Diante desse quadro, é possível observar quão desestruturados os serviços de saúde se encontram, mesmo após a implantação do PSF, e o quanto as vantagens esperadas com a efetivação do Programa ainda estão por serem ampliadas e concretizadas, na prática.

Contudo, apesar da falta de material de trabalho, de estrutura física adequada, de medicamentos e de ações integradas com os outros níveis de assistência da rede ser uma realidade que dificulta a ação, essa não pode ser fator imobilizador da equipe. Dentro das possibilidades, as USF estão buscando avançar no processo de efetivação do Programa e recorrendo também ao apoio institucional, sem o qual não é possível avançar. A mudança no modelo, em termos de “papel”, como referem, já é uma realidade, faltando unir esse discurso à prática.

Por outro lado, pode-se afirmar que a implantação e efetivação do PSF, no DSN, ainda se encontra em processo, estando à mercê das políticas privilegiadas pela SMS e seus gestores. Nesse sentido, há uma perspectiva favorável, uma vez que a SMS está sob nova gestão, imbuída na missão institucional de construir uma nova cultura que possibilite um trabalho de natureza mais horizontal (SMS, 2003).

Com essa nova gestão, a secretária, ela tem uma visão bem técnica, bem diferente da gestão anterior, apesar de ter tido uma herança muito negativa (...) financeiramente falando (...) mas ela é uma pessoa, uma profissional muito técnica, e está... Houve muitas mudanças, assim, de gerência, de tudo, de Unidade, muito visando a questão técnica. E está se reestruturando, praticamente, a Secretaria de Saúde. (E7).

...eu acho que com essa nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde, está mais voltada realmente para organizar a rede básica em Natal, não é só do PSF não. Como um inteiro. (E1).

Com as mudanças que estão aí, a gente tem de redefinir o papel das Unidades nesse momento, não é? Porque o pessoal acha que medicamento é tudo, não é? Mas na verdade um trabalho bem mais organizado, a gente sabendo o que quer, o que vai fazer, quem é responsável pelo quê... Que dizer, a gente vai estar muito mais seguro do que a gente está fazendo! (...) Já estamos trabalhando nesse sentido, não é? Reestruturando as unidades de uma forma que elas realmente possam trabalhar em um futuro, bem diferente. Porque em um futuro próximo, nós vamos ter que estar trabalhando junto com a comunidade, dentro do que a comunidade necessita, e não do que a Secretaria... (...) O próprio profissional está dizendo aqui que é necessário isso aqui para dentro da unidade. Em outro momento, a gente não conversava, entendeu como é que é? (E5).

Essa inovação, na nova gestão a que os profissionais se refere, tem levado-os a acreditarem em mudanças, que pontuam já estar acontecendo, uma vez que a postura é de esclarecer quais as dificuldades e buscar, através do planejamento, modificá-las.

Diante do quadro exposto após a implantação do PSF, seus avanços e entraves, faz-se necessário apresentar, de modo mais pontual, a realidade do Serviço de Psicologia frente

às mudanças que se processam no Distrito e quais as implicações do PSF para o trabalho dos psicólogos.

Capítulo 3

A realidade da Psicologia no contexto do PSF - mudanças e implicações

De acordo com o que já foi mencionado, o psicólogo se inseriu no contexto da saúde pública em Natal-RN nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo Paiva (2003), esse envolvimento foi importante e essencial para um avanço da Reforma Psiquiátrica no município, pois, além de abrir espaço nessas instituições, o profissional de Psicologia colaborou para a criação de unidades de referência em saúde mental e dependência química, como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estando à frente desse planejamento. No entanto, sua atuação nesses espaços vem sofrendo críticas por se limitar, na maior parte das vezes, a um atendimento clínico tradicional e individual, distanciando-se de práticas consideradas mais abrangentes.

Ainda de acordo com Paiva (2003), a discussão a respeito da abordagem mais adequada a ser utilizada na saúde pública é uma constante, assim como a existência de divergências teóricas e técnicas por parte de profissionais na mesma unidade ou de unidades distintas, o que não colabora para uma proposta única e convergente de ação no setor.

Em Psicologia, começa que os próprios profissionais não se unem por causa de linha teórica....Eu já tentei muito, mas hoje em dia eu cansei (P1).

A partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), no Distrito Sanitário Norte (DSN) de Natal, uma perspectiva diferenciada de atendimento floresceu. A

proposta de um atendimento integrado à família e à comunidade abriu espaço para a formação de uma equipe de profissionais de saúde, a fim de atender às demandas da população coberta.

Essa equipe deve ser formada por profissionais motivados e capacitados a inovar diante da proposta de vínculo e trabalho com os outros membros da equipe e vínculo com a comunidade, o que exige, dos profissionais, habilidades, criatividade e abertura frente ao novo.

... os recursos humanos são muito importantes nessa estratégia. (...) eu não sei como é que se mede isso, mas perfil dos profissionais para as equipes (...) se ele não tivesse perfil ele não deveria ter vínculo, porque é um modelo diferente, é um trabalho diferente, não é através de produção, produção, produção! (...) vai muito além, a gente tem que ir no campo, tem que investigar mais (...) quais são os meios de intervenção que a gente possa ter, não é só dar o remédio, está em entendendo? (E1).

Como já foi mencionado, uma equipe mínima¹⁸ - instalada na Unidade de Saúde da Família (USF) - assume esse papel, encaminhando os casos mais complexos às unidades de suporte e referência quando necessário. O psicólogo, por sua vez, não conseguiu inserir-se nessa equipe mínima, encontrando-se lotado apenas nas unidades que servem de apoio à demanda encaminhada pelo PSF, e nas UBS dos bairros onde o Programa ainda não foi implantado.

As unidades em que se encontram os profissionais da Psicologia no DSN são os Centros de Saúde¹⁹, as Unidades de Suporte e o Centro Clínico da Asa Norte²⁰. A US conta com atendimento mais complexo que uma USF, e o Centro Clínico com um atendimento mais especializado que a US. Essas unidades (US e Centro Clínico), além de atenderem a uma

¹⁸ A equipe mínima do PSF no DSN é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, sendo inserido ainda um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, a cada duas equipes.

¹⁹ Onde também atuam outros profissionais, tais como: clínico-geral, pediatra, ginecologista, assistente social e nutricionista, a equipe de uma Unidade Básica de Saúde, do modelo anterior.

²⁰ Local com atendimento especializado, contando com psiquiatra, mastologista, fisioterapeuta e psicólogo, entre outros.

demanda aberta e espontânea, ficam responsáveis por assistir a demanda encaminhada pelas equipes das USF. Estas, enquanto porta de entrada do sistema, devem encaminhar os casos que requerem atendimento mais complexo às unidades mais especializadas da rede. Entretanto, essa hierarquia de papéis não acontece na realidade, uma vez que a situação das unidades e seus recursos de trabalho acabam limitando e desviando o sentido da proposta.

Tem o famoso suporte, o que a gente fala do suporte é como se fosse para ter uma referência para... como a gente é básica, ter uma mais especializada. (...) mas na verdade, no modelo das Unidades Básicas, não é nem Unidade Básica. (...) se funcionasse pelo menos uma Unidade Básica que estivesse no suporte... (...) esse suporte que está aqui não suporta nada (E1).

A implantação do PSF, o desmonte dos serviços já existentes na rede e a saída dos profissionais das unidades deflagraram um processo de desgaste ainda maior, frente à precariedade com que os serviços já vinham sendo desenvolvidos. O trabalho dos profissionais sofreu uma quebra, assim como houve uma ruptura no vínculo existente com a população atendida.

... nessas unidades aqui que tem PSF (...) na hora que passou a ser PSF, esse profissional (psicólogo) teve que sair, entendeu? Aí ficou descoberto o atendimento desse profissional; tinha unidade aí que tinha trabalho em grupo (...) Então ficou sem equipe e o trabalho parou. (E13).

Antigamente essa clínica era aqui nessa Unidade, mas depois que foi implantado o PSF não teve condições, espaço para o psicólogo ficar aqui, eles tiveram que ser transferidos... (E3).

Uma mudança nesse sentido diz respeito ao deslocamento sofrido pelos psicólogos que eram das UBS - que se tornaram USF - sendo transferidos para outras unidades do DSN ou mesmo para outros Distritos juntamente com os profissionais que compunham a UBS, cedendo espaço para a chegada dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Os profissionais entrevistados afirmam que esse processo não foi discutido, causando dúvidas e

certo incômodo frente a essa mudança, principalmente no que se refere à maneira como foi realizada a implantação do Programa e o destino dado aos profissionais que atuavam nas UBS.

Nas unidades de apoio à atenção básica, US e UR, os psicólogos vêm realizando seu trabalho sem mudanças aparentes, quanto à hegemonia do atendimento individual, carecendo ainda de informações, normas e diretrizes específicas quanto ao papel que possam desenvolver, uma vez que se encontram nesse espaço enquanto colaboradores do PSF. Nessas unidades, o trabalho do psicólogo tem se pautado na clínica tradicional, como acontecia antes da implantação do PSF, sem ter passado por qualquer capacitação quanto à proposta do PSF ou reformulação frente à estratégia saúde da família. Entende-se que essa capacitação é relevante e necessária, uma vez que esse profissional recebe os encaminhamentos das USF e espera-se que sua atuação seja coerente com a proposta do Programa.

Entretanto, essa não é a realidade; os profissionais que se encontram na US e UR pouco têm idéia de como articular seu saber e prática com a proposta do PSF, sentindo dificuldade em desprender-se da relação hierarquizada existente nas unidades de saúde, da priorização de atividades individuais em detrimento de ações conjuntas e em mudar sua postura frente às exigências de uma nova concepção de trabalho, revelando-se preso a uma cultura individualista e psicologizante arraigada.

Em relação às gestantes, médicos já vieram me procurar e falar se não seria interessante um trabalho com gestantes, eu acho interessante, até tenho essa experiência, inclusive, mas assim, eu entendo que o psicólogo na formação dele, principalmente a gente que faz essa escolha pela Psicanálise, a gente trabalha com o indivíduo, a gente pode até colaborar e fazer um trabalho com grupos... (mas) assim, acaba que se a gente for fazer um trabalho como deve ser feito, um trabalho com o indivíduo, que é o trabalho de terapia, então assim não sobra muito tempo para os grupos... (P3).

O sentido de uma reorientação do modelo assistencial está no planejamento de serviços e ações que possam se adequar ao número e necessidades da população adstrita, a partir da demanda surgida nos grupos familiares, na comunidade. No entanto, em virtude de

como tudo se processou, a reorientação do modelo teve início sem organização e planejamento adequados, colaborando para a desestrutura que hoje pode ser observada nos serviços e a precarização da atenção à saúde.

Salvo algumas exceções, essas unidades de apoio têm se limitado ao atendimento clínico individual, sem muita preocupação com a demanda que se acumula e as longas listas de espera.

A fim de apresentar, de forma mais pontual, como o Serviço de Psicologia está funcionando no contexto do PSF no DSN serão feitas referências às situações de encaminhamento, rede de referência e contra-referência e atendimento da demanda pelo Serviço de Psicologia, assim como os questionamentos que vêm sendo apresentados sobre o funcionamento do PSF, a estrutura da rede, as diferenças e expectativas quanto ao funcionamento do Serviço de Psicologia.

Nesse sentido, é relevante iniciar pontuando a respeito da demanda que chega ao Serviço de Psicologia. As USF apontam a existência de muitos encaminhamentos referentes a casos de crianças com problemas escolares e/ou familiares, pessoas com depressão e estressadas pela situação de vida, dentre outras questões.

A elevada demanda de crianças para atendimento nas Unidades de Saúde, trazida pelas escolas e pais que não conseguem lidar com a criança e suas dificuldades, é algo bastante discutido na literatura por Boarini (1996) como reflexo de uma falta de objetividade e clareza quanto ao papel do profissional de Psicologia nesse local.

A demanda referente à depressão, estresse e angústia é típica dentre as razões pelas quais procura-se atendimento psicológico. E, de uma forma geral, neste estudo realizado, essa demanda é referida como diretamente ligada aos problemas da vida cotidiana, à dificuldade financeira, ao desemprego, às relações conjugais e familiares.

Do que pode ser observado, as equipes das USF trabalham com diagnóstico da população adstrita e, mais especificamente, com as estatísticas referentes às ações programáticas prioritárias para o Ministério da Saúde: hipertensão, diabetes e hanseníase, entre outras. A “saúde mental” não faz parte desse leque de prioridades. No entanto, com o acompanhamento mais próximo das famílias, realizado pelas equipes, algumas demandas ficaram mais evidentes e foram elevando-se, como a demanda para o Serviço de Psicologia.

Com a implantação do PSF o psicólogo... como não fomos incluídos no Programa, a demanda está alta e a gente não dá conta. (P3).

Contudo, dentre as estatísticas elaboradas pelas USF, o alcoolismo, a utilização de drogas e a violência intrafamiliar são citados em escala significativa. Essas demandas não são claramente entendidas como demandas em que o Serviço de Psicologia pode intervir, como são entendidas a depressão e o estresse, por exemplo. Alguns profissionais, no entanto, apontam a necessidade do psicólogo para colaborar no cuidado a essas demandas.

Outra demanda elevada, que, no entanto, é considerada como da Psiquiatria, é a dos usuários que buscam os psicotrópicos nas unidades. A demanda da “saúde mental”, por sua vez, seria aquela a ser encaminhada aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Considerando que, conforme visto em momento anterior, há dificuldades para realizar encaminhamentos aos outros serviços da rede, devido ao número insuficiente de profissionais e vagas para atendimento, as demandas acumulam-se sem uma referência adequada.

É relevante acrescentar que em termos de Serviços de Saúde Mental e, mesmo, Coordenação de Saúde Mental, algumas críticas foram levantadas:

A saúde mental parece uma coisa complicada, no sentido de que... (...) o que está se falando é que NAPS e CAPS se fecham, ficam: “Isso é meu,

isso é meu”, e não fazem a socialização dos problemas da saúde mental com um todo, e fica assim, muito limitado. (E1).

A própria Coordenação de Saúde Mental só está interessada em produtividade, em quantas pessoas atendo por dia, para mostrar que o psicólogo é importante e ter mais concursos. (P1).

E assim revela-se o quanto desestruturado se encontra o Serviço de Saúde Mental, do qual o psicólogo faz parte – ao menos nos chamados serviços especializados – e da dificuldade que existe para organizar e referenciar a demanda que precisa desses cuidados.

... em termos de suporte, ainda não se organizou esse fluxo de paciente de saúde mental. (E1)

Voltando à questão da demanda para o Serviço de Psicologia, os próprios psicólogos observam que houve um aumento da demanda:

A demanda aumentou demasiadamente com o PSF. (P3).

No entanto, o entrevistado P2 chama a atenção:

A demanda aumentou, mas o trabalho quando aumenta aqui, o trabalho do PSF tá errado, a demanda não tem que aumentar aqui... o PSF ele tem que ser capaz de articular a comunidade. (P2).

Nós devemos receber casos que não suportam ser tratados de jeito nenhum dentro dos núcleos da comunidade... Então o problema deve ser resolvido dentro lá da comunidade, fazer grupos de homens, mulheres, famílias, adolescentes, não interessa quais. E fazer grupos, que eu digo é levantar as dificuldades e chamar a comunidade, é formar um processo de reflexão sobre essas dificuldades... Eu sinto assim, que o trabalho que devia ser feito lá (na USF), devia ser feito nesse nível (...) mas não existe essa articulação (P2).

No segmento acima podemos observar que o entrevistado pontua sobre como acredita que o Programa deve funcionar, dando resposta à demanda na própria USF, articulando a comunidade.

Entretanto, essa idéia tem como base o pressuposto que essas equipes estariam suficientemente equipadas e capacitadas para tal empreitada, desenvolvendo trabalhos em grupos, nas comunidades, exercitando a participação e controle sociais. Isso, no entanto, não ocorre na realidade, visto que todas as equipes ainda não foram submetidas a uma ampla capacitação ou treinamento específicos, para lidar com determinadas demandas. Alguns entrevistados referiram ter passado por cursos específicos, sobre HIV e hanseníase. Essa capacitação ocorre de forma aleatória, sem estender-se a todas as equipes, de todas as unidades. Outro motivo para a atual incapacidade de realizar um trabalho mais amplo estaria, sob a perspectiva comunitária, nos limites que já são impostos pelo Programa, frente à criação de atuações inovadoras e de cunho político-social, a fim de dar conta da rotina e da demanda existente na USF.

Em nome de uma reestruturação dos serviços e da resolutividade, as ações a serem desenvolvidas são todas previamente definidas, limitando a prática profissional e voltando-se, mais uma vez, para a resolutividade dos problemas.

Vamos ver quem está com pressão alta!, não ficar preso nisso, mas você compreender a doença dentro de uma articulação maior, a gente vai tá trabalhando muito de saúde sem precisar tá entupindo as pessoas de remédios, que não é isso que povo precisa, o povo precisa tá lá, dizer o que pensa, eles mesmos buscar as saídas para os problemas que eles têm solução. (P2)

Nesse sentido, a proposta da promoção à saúde, enquanto articulação de ações e incentivo à participação popular, fica a desejar, retirando da equipe a possibilidade de executar seu papel social e otimizar políticas em favor das necessidades da comunidade.

O que a gente pode fazer... não é só ficar em Unidade, a gente pode fazer muita coisa fora da Unidade, e não ficar só aqui passando remédio, nem remédio tem para (o usuário) receber. E a gente não é acostumado ainda a trabalhar a intersetorialização, a gente não é acostumado a trabalhar é... Como eu vou dizer? Por exemplo: tem muito desnutrido; por que a gente não chama a ATIVA para vir aqui dar a multimistura? Por que a gente não trabalha as pessoas na comunidade? (E1)

Quanto à caracterização da demanda que chega ao Serviço de Psicologia nas unidades de apoio ao PSF, os entrevistados citam também quais as principais situações que afligem os usuários:

As principais situações? Normalmente é a parte mais financeira... Falta de dinheiro mesmo, a falta de dinheiro faz com que as pessoas briguem com os esposos, com os filhos... porque estão estressadas... (E6).

A parte de alcoolismo aparece bastante, e a gente ainda não fez nenhum trabalho com eles... Isso aí fica mais a cargo de um psicólogo, de um assistente social... (E2).

Mulheres vítimas de agressão do marido (por causa de bebida – alcoolismo) (...) dependentes de Diazepam, Lexotan. Aí tem história de esquizofrenia, depressão (...) é mais ansiedade, muita ansiedade e muita angústia (E12).

O entrevistado P2 também tem uma visão que se coaduna à visão dos outros entrevistados. No entanto, faz uma contextualização mais apurada da situação social que leva as pessoas a buscarem ajuda.

A demanda aqui é muito grande, muito feminina, muitas mulheres pedindo ajuda, muitas vezes pedem ajuda para outra pessoa, para o marido, é um filho que tá... Para o filho com problema na escola, um filho que tá drogado... Esses homens (...) eles estão muito desempregados, são homens que bebem bastante, uma baixa auto-estima.. O contexto que essas famílias vivem é muito duro, é muito desemprego... (...) sem condições de sustentar sua família (...) bebem muito e traem muito, suas mulheres ficam deprimidas (...) as crianças estão muito sozinhas, muito abandonadas. (P2).

Quanto à articulação dos serviços de modo a existir uma rede de referência e contra-referência, a situação é caótica. As unidades que formam a rede de atenção nos seus diferentes níveis não conseguem se articular, funcionar de modo integrado, o que nos leva a questionar o papel e resolutividade de cada nível de assistência. Os encaminhamentos perdem-

se em meio às dificuldades, fragmentando-se a possibilidade de uma assistência ampla e resolutive.

A gente até encaminha, mas não sabe como chega... Suporte institucional a gente não tem...” (E1).

A entrevistada E4 afirma que

A questão da Psicologia(...) o encaminhamento inclusive não é marcado por aqui, a gente dá um encaminhamento, informa porque está encaminhando e o próprio usuário vai lá e fala com a psicóloga. Eu sinceramente não sei lhe dizer se essas pessoas que a gente encaminha estão sendo atendidas, até porque o profissional ainda não está acostumado com aquela história da contra-referência, para eu saber se o paciente foi atendido ou não (E4).

O PSF tá encaminhando;, aqui, acolá encaminha, mas não é uma coisa bem articulada (...) uma rede articulada não existe (P2).

Frente a esse quadro, os profissionais da rede revelam que a demanda para o Serviço de Psicologia é bastante elevada, crescente e reprimida. É possível que isto se deva às dificuldades na realização da triagem e/ou ao modelo de atuação do psicólogo (pautado em atendimentos individuais de longa duração, com agendamento pelo próprio profissional).

Os trabalhos considerados “exceção dentro dessa regra” - trabalhos com grupos, por exemplo - ou a possibilidade de se ter uma postura mais flexível frente às inovações, dizem respeito a uma formação ou mesmo a uma visão do funcionamento da rede diferenciada, por parte do profissional, de modo que esse profissional busca ir além do atendimento clínico individual tradicional, questionando esse atendimento como única forma de ação frente à demanda na saúde pública, o que se mostra como algo particular e pouco difundido entre a classe.

(...) eu fico triste porque tem uma demanda imensa, e eu tenho uma visão, uma compreensão do trabalho do psicólogo que é diferente... Eu não estou de acordo com essa forma que o psicólogo está atuando na rede, eu acho que tem outra contribuição a dar, porque você vai precisar de 20.000 psicólogos só na Zona Norte, para atender individualmente. Tem alguma coisa

errada... Então o que é que está errado? É a concepção do trabalho do psicólogo, que quanto mais botar, quanto mais vão aparecer pessoas para fazer as suas terapias individuais, e eu acho que a população não está precisando somente disso não (P2).

Essa idéia de que a lógica da oferta, de certo modo, atrapalha a percepção do que é necessário de ser oferecido à população que busca os serviços, é algo interessante de ser observado e discutido. O entrevistado P3 aponta para essa situação.

...muita gente que vem no posto procura quais os serviços que o posto tem a oferecer, então Psicologia seria mais um serviço. (...) a demanda, ela surge a partir da oferta. (...) essa colega defendia isso, achava que muita gente não procura o psicólogo simplesmente porque ela já está angustiada com suas questões, mas porque é um serviço que está sendo oferecido. Então ela quer saber desse serviço (P.3).

No entanto, a impressão que fica é que a necessidade do profissional é que a demanda se organize de modo que chegue ao Serviço de Psicologia quem tem a necessidade e possibilidade de enfrentar um processo terapêutico, de enfrentar suas angústias e questões existenciais, e não apenas que passe pelo Serviço para conhecê-lo e/ou abandoná-lo.

Nesse ponto, podemos observar a dificuldade presente nos serviços de saúde, quanto à incompatibilidade entre o que é esperado pelo profissional e o que, na verdade, é necessidade do usuário, havendo, portanto, uma constante incoerência entre o que a população busca e o que o serviço oferece.

... a gente tem uma regrinha dentro do posto, das unidades de saúde, se o paciente em terapia faltar duas vezes e dentro dessas duas semanas ele não fizer um contato, eu posso... considerá-lo como desistente. (...) Há uma demanda muito grande, como também há desistências, é muito rotativo. (P3).

Por outro lado, é relevante não esquecer que os serviços de suporte e referência encontram-se em número reduzido, comparado ao número de USF, podendo localizar-se

geograficamente distante da residência e das possibilidades do usuário, colaborando para o abandono, por parte do usuário, do Serviço que buscou ou ao qual foi encaminhado.

Alguns profissionais têm consciência da necessidade de um trabalho que ultrapasse a perspectiva da atividade clínica tradicional e que seja integrado a outros profissionais. Entretanto, resignam-se diante das dificuldades, responsabilizando a estrutura da rede pela situação.

A gente está cansado de saber, todo mundo sabe que é para fazer atividades de cunho preventivo, de baixa complexidade junto à comunidade, mas ninguém faz. Eu já me propus a fazer um trabalho interdisciplinar (...) mas cada um prefere fazer seu trabalho isolado dos outros. Então eu também desisti e faço o meu trabalho na minha (P1).

Esse questionamento parece se ampliar quando surge a implantação do PSF e a perspectiva de um trabalho mais próximo à proposta desse modelo de atenção.

Eu fico imaginando: como é que nós atuaríamos junto ao PSF? A gente iria ter que fazer um trabalho só familiar, enquanto equipe, e esquecer esse indivíduo que tem as suas questões existenciais? Como é que a gente atuaria sem deixar para trás essa formação, que é do psicólogo enquanto aquele que trabalha com o indivíduo, com o psiquismo? (P3).

As dúvidas quanto a um trabalho amplo, com uma visão mais social, parecem se chocar com os limites do psicólogo enquanto profissional preparado para trabalhar o indivíduo e suas questões existenciais. E esses limites acabam sendo reforçados pela ausência de uma proposta, por parte do próprio psicólogo ou, ainda, da SMS e Coordenação do PSF no município, para o trabalho do psicólogo na atenção básica ou mesmo nas unidades que dão apoio às equipes do PSF.

Eu não sei como é que a Secretária (SMS) vê o psicólogo no PSF, eu imagino que a gente tivesse que fazer um papel contrário para dar conta de um atendimento de família; a gente teria que fazer muito mais trabalho de grupo que individual, que a gente aprende na formação... Não sei se é só para mim ou se outros psicólogos também estão se angustiando com essas questões... Eu me preocupo muito com o que a Secretária (SMS) pensa em

implantar, com a nossa função dentro do posto do PSF... Eu acho que pra muita gente isso ainda não está claro (P3).

Contudo, a falta de uma proposta para uma atuação mais condizente com os ideais do Programa acaba sendo angustiante para uns, comodismo para outros, que continuam a realizar o trabalho que desenvolviam anteriormente à mudança na estrutura dos serviços na rede do DSN.

Fui transferido para cá por causa do PSF. Fora isso, não mudou nada o meu trabalho, continuo fazendo as mesmas coisas de antes, atendo do mesmo jeito (P1).

Por outro lado, a restrição existente no trabalho desenvolvido pelo psicólogo mescla-se às exigências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de que esses profissionais se adequem à elevada demanda e à proposta da atenção básica, desenvolvendo trabalho com grupos. A saída que alguns profissionais vêm encontrando para o impasse citado acima diz respeito à rendição ao trabalho em grupo, mesmo que não concordem com esse tipo de atuação.

Não sei se os outros profissionais passam pela mesma angústia, de que a própria unidade tem nos pressionado e assim, eu tenho tentado me sair dessa situação formando grupos(...) mas não é uma terapia, até porque a minha linha é a psicanalítica e na psicanálise a gente pode até fazer um trabalho de grupo, mas a gente não considera um trabalho terapêutico, e sim de orientação... (P3).

Nesse sentido, é possível observar que a exigência da SMS por trabalhos outros que não apenas a prática da terapia individual²¹ já é algo presente, mesmo que não exista uma proposta quanto à atuação do psicólogo nos diferentes níveis de atenção e, mais especificamente, nas unidades que apóiam as demandas encaminhadas pelo PSF. No entanto, essa é uma questão complexa, uma vez que a autonomia que o psicólogo tem quanto à forma

²¹ Como já foi colocado, a Secretaria Municipal de Saúde exige que o psicólogo realize, no mínimo, sete atendimentos individuais por dia, atendimentos pelos quais esses profissionais recebem “produtividade”.

de atender a demanda (ele mesmo agendando e recebendo os atendimentos) se reflete na seleção da clientela – de acordo com sua formação e opção – e na forma de atendimento a essas pessoas. Essas características do trabalho do psicólogo vêm provocando insatisfação, não só por parte dos próprios psicólogos, mas, também, de outros profissionais da rede.

O atendimento é individual (exemplo de um psicólogo que atua com base na psicanálise), não faz trabalho em grupo (...) diz que a formação dela é de consultório. Tem outras unidades aí que o pessoal faz trabalho em grupo e individual... Precisa de profissional para fazer trabalho em grupo, dá para trabalhar com os colégios e mesmo aqui, com os grupos de hipertensos e diabéticos (...) Porque a demanda é absurda, nunca, jamais, você consegue um atendimento, sempre está cheio, cheio, cheio... Você sabe que o trabalho do psicólogo é uma coisa que a gente não sabe (...) é por tempo indeterminado (E13).

A presença de uma crítica velada ao trabalho do psicólogo é possível de se observar, assim como o fortalecimento da idéia do trabalho desse profissional como algo mágico e nebuloso. Impossível, nesse sentido, de se aproximar de ações mais pontuais e objetivas.

Contudo, esse trabalho do psicólogo, como já foi citado anteriormente, é reforçado pela SMS que exige sete atendimentos individuais diários, como algo obrigatório. Por outro lado, segundo a idéia exposta pelo entrevistado E13, o trabalho com grupos parece ser a grande resposta para uma atuação do psicólogo na saúde pública. Em um estudo sobre a rede básica de saúde de Natal, Oliveira (2001) aponta as intervenções em grupo como um recurso terapêutico muito eficiente, quando planejado e realizado em paralelo ao atendimento individual, sendo opção de escolha a partir do problema e não da quantidade de pessoas, da vontade da SMS ou mesmo de algum profissional. Acrescentando, ainda, que ao serem priorizados o atendimento individual e a intervenção curativa, não resta espaço para a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades. A exigência de uma intervenção

diferenciada deveria se pautar em condições mínimas de trabalho e numa capacitação por parte dos profissionais.

Outro ponto necessário de ser referido é a questão complexa e polêmica da abordagem teórica do profissional como fator limitante da intervenção, em detrimento do problema ou da demanda. O entrevistado parece ter sido maleável, buscando a descoberta de uma nova forma de atuação - a partir da prática de orientação. Entretanto, uma postura inexorável em defesa da sua linha teórica ainda é algo comum entre os psicólogos da rede pública de saúde, principalmente quando se fala na Psicanálise. A fala dos entrevistados E13 (quando se refere ao poder mágico e indeterminado do psicanalista, p.84) e P1 (abaixo), indicam a existência dessa postura.

(...) a pessoa foi contratada para fazer o que tem que fazer, e não o que gosta (...) mas tem gente que não tem essa visão, que acha que o cliente é só seu e que tudo vai se resolver no divã (P1).

Contudo, segundo Medeiros²² (2003), os psicanalistas não devem se colocar simplesmente como opositores à participação em palestras, trabalhos grupais e reuniões em equipe, mas, sim, buscar um fazer diferente, frente às normas postas como verdade, propondo-se a desenvolver o trabalho solicitado, a partir da criação de novas modalidades de intervenção, recontextualizando a Psicanálise.

É a exigência de uma nova concepção de trabalho, de conceber o homem em suas relações sociais, de construir um saber-fazer mais complexo diante da realidade, a fim de não ficar estagnado frente às demandas e necessidades que se apresentam.

Como já foi apresentado anteriormente, a demasiada demanda social que chega aos serviços de saúde e a reduzida capacidade de atendimento nas unidades de apoio, devido

²² Medeiros, I. S. (2003) defendeu dissertação com título: “No caminho há o sujeito... há o sujeito no caminho: o dito que revela e oculta a prática dos psicólogos psicanalistas lacanianos em Centros de Saúde de Natal/RN”, apresentando as dificuldades da atuação desse profissional no contexto da saúde pública e defendendo uma reflexão sobre uma atuação mais contextualizada, nesse sentido.

aos entraves do serviço público (dificuldade de referência e contra-referência, número reduzido de profissionais nas Unidades de Suporte e Referência e o perfil clínico tradicional do atendimento de grande parte dos profissionais, dentre outros), têm levado a equipe a pensar na necessidade de outros profissionais na USF, a fim de desenvolver um trabalho mais próximo e integrado às necessidades da demanda.

A gente está sentindo a necessidade (...) porque a gente tem demanda, tem muita demanda, e não tem a resolutividade local (E7).

Os profissionais entrevistados alegam a necessidade de psicólogos para atuar frente à enorme crise social da população; alguns até mesmo questionam acerca da possibilidade de um outro tipo de atuação desse profissional, que não apenas o atendimento individual e voltado somente às questões da existência humana, considerando essencial discutir o ambiente e as questões sociais da atualidade.

Todo mundo defende que tenha nas equipes do PSF: psicóloga, assistente social, nutricionista; é necessário. O trabalho engloba tudo, é a necessidade mesmo; porque não é você ter uma unidade de referência, com dois psicólogos, que vai dar conta de toda uma área dessa... (E5).

(...) infelizmente, não depende da nossa vontade, porque se dependesse, para a gente o PSF deveria ser todos os profissionais que já existiam na unidade básica. Só que com um diferencial, porque você há de concordar comigo, quando a gente trabalhava na Unidade Básica de Saúde, não tinha esse entrosamento dos profissionais, era 'Cada um por si e Deus por todos!'. Eu fazia a minha parte, o psicólogo fazia a dele; quando muito, a gente encaminhava. Mas não era aquela coisa de você estar acompanhando ali, entendeu? (E4).

Ao meu ver, na equipe do PSF, ele (o psicólogo) é fundamental, porque tudo hoje é em cima de trabalhar com grupos, não é? Então a gente tem de trabalhar com grupos de idosos, de hipertensos, de diabéticos, de gestantes, de adolescentes. Todo mundo pode trabalhar com esses grupos, todos os profissionais, mas têm pessoas que não têm embasamento profundo, e a fundamentação técnica mesmo do psicólogo é que vai dar um suporte. Ele é que vai fazer essa... (E7).

A opinião dos profissionais revela a expectativa de que, a partir de uma nova postura, com base na realização de um trabalho em equipe e com maior vínculo à comunidade, a contribuição do saber técnico de outros profissionais possa ajudar no atendimento à elevada e complexa demanda, buscando uma maior resolutividade das ações desenvolvidas e dos serviços. Essa necessidade de trabalho em equipe se dá em função da complexidade do objeto de trabalho - o cuidado à saúde da comunidade - exigindo troca de saberes e conhecimentos, assim como respeito aos limites e abertura às contribuições de cada profissional.

Mas essa expectativa traz questionamentos a serem refletidos: até que ponto a atuação do psicólogo pode dar conta dessa demanda que se apresenta ou como ele poderia contribuir com a equipe, para o bom desenvolvimento do trabalho? Ou mesmo, o quanto essa necessidade dos profissionais da equipe é reflexo de uma falta de capacitação desses profissionais para lidar com essas demandas, a partir de ações e atividades às quais não estão habilitados? Muitas são as questões que pairam frente a esse quadro. Afinal, o psicólogo e o seu “poder mágico” não irá resolver o que os outros profissionais não conseguem, nem achar saídas fabulosas para as demandas e agravos sociais existentes. Só um trabalho planejado, articulado, integrado, com apoio das instâncias gestoras e financiamento adequado, pode conduzir a resultados satisfatórios no trabalho da equipe. Assim como é a formação e capacitação dessa equipe e a escuta que esta faz do real que irão prepará-la para atender com qualidade e confiança as demandas.

É relevante acrescentar que a equipe estruturou um trabalho de triagem que recebe o nome de “acolhimento”, para escutar a demanda que chega ao serviço e encaminhar ao atendimento necessário. Essa estratégia de receber o usuário é importante uma vez que envolve uma relação mais humanizada entre profissionais e usuários.

Matumoto (1998) afirma que o acolhimento é condizente com um modelo de assistência que enfatiza o processo saúde/doença como algo da personalidade e das relações,

valorizando mais as necessidades humanas do que as normatizações e burocracias de um serviço. Nesse sentido, o processo de acolhimento, de escuta da demanda, se mostra essencial a fim de poder utilizar os recursos mais adequados à resolução dos problemas dos usuários.

Essa forma de atuação implicaria, ainda, num processo de responsabilização, por parte dos profissionais, e de reconhecimento dos direitos dos usuários, além de favorecer a reorganização do fluxo do serviço (Borges, 2002).

A necessidade do usuário de ser escutado, acolhido, pela equipe é algo constante, sendo facilmente observado pela equipe que, no entanto, parece ainda não utilizar o serviço de “acolhimento” de forma mais ampla, frente ao seu potencial.

Tem um paciente, que não é nem da minha área, mas é daqui do bairro. Por ele, ele vinha todos os dias. Aí a gente diz assim, que ele não é doente, ele é carente! Aí ele diz: “E eu sou carente de quê?”, aí a gente diz: “O senhor é carente de carinho, de uma pessoa para conversar, porque na verdade o senhor não vem para o médico, o senhor vem para falar com um amigo, entendeu?” Aí ele diz: “Para falar a verdade eu acho que é isso mesmo, porque eu não passo um dia sem falar com a minha agente de saúde!” (E6).

Olhe, às vezes vem paciente: “Ah, doutora estou sentindo uma dor, está doendo tudo” e tal, quando eu vou ver não tem nada no dente, aí ela diz que não está agüentando, que o marido a deixou, que não está suportando, chora. Eu não falo nada, mas ela sai boazinha. Quando chega lá fora aí diz: “Ah, a médica é ótima!” (E10).

Enquanto as equipes exigem a presença de profissionais como psicólogos, esses profissionais ainda estão avaliando seu papel dentro da rede e estudando possibilidades. A existência de psicólogos atuando com as equipes do PSF é uma realidade em algumas cidades brasileiras, dentre elas São Paulo (no Projeto Qualis), Camaragibe e Sobral. Essas experiências mostraram-se relevantes uma vez que, além de dar suporte técnico às equipes de saúde da família, quanto aos problemas de saúde existentes na comunidade e nas famílias, colaborou, ainda, para uma reestruturação dos serviços de saúde mental na rede (Lancetti, 2001).

Quanto à realidade do município de Natal, tal experiência seria bastante significativa, visto a presença de elevada demanda nesse setor e a desarticulação dos serviços, impossibilitando um atendimento integrado e com qualidade.

Segundo Lancetti (2001), a formação de uma equipe “volante” em saúde mental colaboraria para uma articulação dos serviços, tendo como proposta uma capacitação das próprias equipes de saúde mental e das equipes de saúde da família, ficando, ambas, responsáveis por acompanhar a família em suas dificuldades. A intenção não seria a realização de consultas psiquiátricas ou psicológicas, mas ser agente de saúde da família, buscando discutir estratégias e desenvolver mudanças relativas à saúde mental da comunidade.

Há uma necessidade muito desse trabalho, até mesmo na própria unidade, porque assim... a cada mês a gente pode ter pelo menos uma reunião de saúde mental, para a gente discutir, porque têm muitos casos, a médica assim, ela diz: “Tem paciente assim que se eu deixar passa uma manhã todinha só falando dos problemas”, problemas familiares... (E1).

De acordo com o mesmo autor, esse trabalho poderia implicar algumas dificuldades, tais como: baixo nível das equipes sobre o tema, expectativa e ansiedade da equipe para lidar com essa demanda, resistência dos profissionais para discutir a saúde mental nas discussões das equipes – por acrescentar trabalho às equipes. A disponibilidade de todos os profissionais e a abertura para realizar trabalho entrelaçado entre programas, serviços e setores, poderiam contribuir na busca de uma atenção mais complexa.

Interessante observar que o entrevistado E1, anteriormente, citou um caso de necessidade de escuta, algo que poderia não ser exclusivo do papel do psicólogo, uma vez que acolher e buscar compreender as necessidades dos usuários deveria ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde.

Apesar do êxito das experiências – em saúde mental - referidas, a realidade do município de Natal é outra, com dificuldades e características próprias. Nesse sentido, esses

trabalhos servem como estímulo e base mas também, por seus próprios princípios, apontam para a criação de dispositivos próprios, pautados nos recursos da comunidade local.

O entrevistado P2 indica a necessária especificidade, assim como a exigência do profissional ser criativo e mesmo atrevido, na elaboração de novas alternativas de atenção à saúde.

Estávamos querendo articular uma proposta para o psicólogo no PSF da Zona Norte....A gente discutiu e ia começar montando uma equipe volante, a gente pegaria três equipes de PSF e essa equipe de saúde mental, com o psicólogo. Faria não só supervisão, mas acompanharia as equipes, num caso de demanda de saúde mental. A gente ia tentando descobrir o papel, não precisava ser copiado de São Paulo, eu acho que a gente não precisa copiar nada de ninguém, nós temos a capacidade de ser criativos aqui, a nossa realidade é outra, é diferente (P2).

No que se refere à possibilidade de implantação de um serviço de saúde mental vinculado ao PSF, a SMS planeja desenvolver esse projeto, integrando-o aos níveis de assistência da rede, especialmente à atenção básica, a fim de desfazer o perfil centralizador dos serviços especializados.

Quanto a iniciativas nesse sentido e entendimento do que é necessário para desenvolver uma proposta desse porte, os entrevistados apontam:

Eu acho que está em construção essa proposta (de trabalho do psicólogo, no PSF)... Tem uma turma muito boa, que tem muita vontade de contribuir, de elaborar, de fazer...mas os nossos dirigentes não são capazes de articular essa coisa... Houve um planejamento recentemente, quando a nova secretária assumiu... Deus queira que ela consiga fazer essa articulação, que deixem ela fazer isso (P2).

O mesmo entrevistado (P2) ainda falou de sua percepção sobre as amarras que podem estar por trás dos programas de saúde que, acobertados pela capa da “atenção básica”, reproduzem velhos dogmas de assistência à saúde, ou melhor, à doença.

Eu acho que o PSF é um bom projeto, eu acho que seria um bom projeto... Porque tem que ver quais são as doenças, quais são as dificuldades, e não ficar preso à questão biológica: Ver quem está com

pressão alta'. Tem que compreender a doença dentro de uma articulação maior, a gente vai estar trabalhando muito mais de saúde sem precisar estar entupindo as pessoas de remédio; não é isso que o povo precisa (P2).

Esse questionamento a respeito do que é mais necessário e válido em termos de ações voltadas à saúde pública e mais especificamente à atenção básica, é algo que vem ocorrendo, mesmo que as dúvidas e incertezas prevaleçam.

A gente tem um papel educativo com essa comunidade. Às vezes eu penso: 'Meu Deus, será que nosso papel é fundamentalmente educativo?' É muito grande nosso trabalho... Nós temos um trabalho de cultura para mudar, ao nível da reflexão (P2).

Da mesma forma, têm merecido questionamentos a postura profissional diante da realidade social, da estrutura dos serviços, da dinâmica cotidiana da comunidade. No entanto, esse engajamento político e social, apontado por Yamamoto (2003) ainda é algo pouco praticado, tímido que, mesmo revelando-se no discurso, na prática não chega a expressar-se de forma significativa.

(...) é muito triste, a gente está isolada... Eu não sei se eu faço um trabalho... Eu não faço um trabalho ligado ao PSF, eu não me sinto assim... Esse trabalho aqui é muito cômodo, de uma certa forma... Não se trabalha assim, está errado, eu tenho consciência disso (P2).

...na reunião sobre qualquer problema do bairro, falta d'água, delegacia, a violência, é claro que você tem que dá a sua opinião, confrontar um pouco o meu saber e o saber do outro, e a gente vai construindo outra coisa a partir dessa interação profunda, de respeito mútuo. (P2)

...eu não participo muito assim com relação a essa coisa do psicólogo não, de grupos, eu sou meio distante assim, eu não sei se tem um grupo de psicólogos aqui em Natal que faz alguns encontros, eu mesmo não tenho participado não... (P2).

Teve uma época que a gente fazia umas reuniões (...) e diziam que eu era muito pessimista, porque eu falava que nada ia mudar porque nossa categoria é muito desunida. (...) Você pega o caso dos dentistas: foi uma briga de foice, mas conseguiram entrar no PSF. Por que? Porque não era um ou outro brigando, eram vários. (P1).

Nesse momento, é interessante referir que o entrevistado P4 negou-se a responder as questões-chave do roteiro semi-estruturado, alegando não ter informações a dar sobre a implantação do PSF ou sobre as implicações desse para o trabalho dos profissionais, especialmente para o psicólogo, pois apesar de encontrar-se em uma das unidades responsáveis por receber demanda das UFS, seu trabalho não sofreu modificação, continua com o atendimento clínico, com lista de espera. O entrevistado P4 contribuiu justificando sua negativa em participar da pesquisa, afirmando a idéia de que o Programa foi implantado sem que houvesse discussão sobre a melhor forma de fazê-lo, impossibilitando a inserção de outros profissionais - além da equipe mínima - e contribuindo para transferências desnecessárias. Contudo, faz-se necessário refletir sobre o quanto os profissionais estão abertos às questões que estão postas na realidade, à sua volta, e à necessidade de rever práticas arraigadas e pouco adequadas à proposta da atenção básica e da saúde pública, de uma forma mais ampla.

Está inclusive se iniciando isso, se reestruturando a rede, e eu tenho uma boa perspectiva nesse sentido, de mudança, de melhoria mesmo das condições de trabalho, da atuação (P3).

Visto a realidade que se apresenta no DSN, especificamente quanto ao Serviço de Psicologia e à postura dos profissionais frente à implantação do PSF e às exigências do seu trabalho, podemos afirmar que, mesmo com as mudanças quanto à nova estrutura, a atuação do psicólogo parece ter sofrido pouca alteração, encontrando-se hegemonicamente centrada em um modelo tradicional, apesar da efervescência de questões, necessidades e idéias que se apresentam. Se elas irão eclodir e tornarem-se significativas, é algo ainda pouco visível, pois diz respeito à vontade política e ao envolvimento dos profissionais, fundamentais para a concretização de mudanças.

Diante de todo esse quadro, a exigência de espaço para discutir a redefinição qualitativa da atenção, da atuação e dos serviços de Psicologia/Saúde Mental, a renovação

da prática dos profissionais frente à proposta da atenção básica, apoio institucional para o desenvolvimento das ações e do trabalho em equipe e a resolutividade das demandas são aspectos que merecem, urgentemente, atenção por parte dos envolvidos/responsáveis pela saúde pública.

Considerações Finais

Se, por um lado, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Distrito Sanitário Norte (DSN) de Natal/RN conseguiu causar impactos positivos e avanços para o funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) no nível da atenção básica, também apresenta entraves.

Quantos aos avanços podemos citar uma melhor organização e qualidade no atendimento, por parte das USF, diferente do que vinha ocorrendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no modelo anterior. O envolvimento entre profissionais da equipe, entre equipes, e equipe e comunidade, mostra-se muito significativo, favorecendo a participação da comunidade e o envolvimento da própria equipe com o Programa. Esse avanço é reflexo de uma adesão de parte dos profissionais à proposta do Programa a partir da utilização de novos instrumentos de ação, enveredando-se por um contato mais próximo com a sociedade e para a realização de um trabalho de natureza mais horizontal. Apesar disso, até o momento, o avanço do trabalho em equipe mostra-se incipiente, sem capacidade para realizar mudanças estruturais.

A inclusão do profissional de odontologia na equipe mínima também se mostra relevante, sendo um exemplo de luta e *postura* desse profissional frente às limitações impostas pelos gestores dos serviços públicos de saúde, que definem, de antemão, o que é possível e mais necessário, sem nem mesmo discutir ou pensar a respeito das mudanças implementadas com profissionais e usuários.

Outro ponto de avanço é o processo, lento, mas positivo de inserção de profissionais, como os médicos e dentistas, na realização de atividades preventivo-promocionais, de trabalhos com grupos, valorizando assim o trabalho educativo e preventivo. As enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, por atuarem junto aos programas específicos do Ministério da Saúde, já tinham uma certa familiaridade com esse tipo de atuação. E o profissional de Enfermagem, de modo geral, pôde ser observado como importante articulador e mediador das ações desenvolvidas na USF, em função de uma maior proximidade que esse profissional já alcançou à proposta da atenção básica, apesar de também ter sido observado que ele assume muitas funções na unidade, apresentando papel amplo e pouco espaço para propor tarefas outras que não as predeterminadas pelo Ministério da Saúde.

Também consideramos avanço a credibilidade que os entrevistados apontaram diante da gestão atual da Secretaria Municipal de Saúde, segundo os mesmos, imbuída na organização e planejamento da rede de serviços.

Por outro lado, quanto aos pontos críticos observados no desenvolvimento do PSF, esses dizem respeito à desarticulação da USF com as outras unidades de atenção à saúde da rede - impossibilitando uma rede progressiva de cuidados - à falta de condições físicas e de recursos materiais para o desenvolvimento de ações propostas pelo Programa, assim como a inexistência de programas mais específicos que dêem conta das necessidades das demandas locais, e de outros profissionais que possam estar contribuindo para o desenvolvimento de ações mais amplas e integradas. Esse conjunto de deficiências colabora para uma quebra na possibilidade de atenção integral e atuação eficaz, apesar da estratégia mostrar-se significativa e capaz de alavancar mudanças estruturais, desde que caminhem atreladas: a proposta e a prática, a necessidade e a vontade de realizar, os recursos e os investimentos adequados.

Outras questões relevantes referem-se à segregação de partes da população, que ficam sem acesso assegurado, ferindo o princípio do SUS da acessibilidade; às diferenças

salariais entre os profissionais das USF e profissionais das unidades de apoio, o que pode estar provocando, nestes últimos, desestímulo para se integrar à proposta do PSF e investir no avanço desse modelo; e à falta de treinamento e capacitação adequada aos profissionais da equipe, o que resulta numa prática superficial e melindrosa dos mesmos.

Diante desse quadro, algumas colocações e questões se fazem necessárias, de modo a refletir sobre o papel do psicólogo nesse novo sistema de atenção à saúde e as implicações que a implantação e efetivação do PSF trouxe ao trabalho do psicólogo.

Ao nos referirmos ao Serviço de Psicologia, pode-se observar que o papel do psicólogo nessa nova estrutura dos serviços mostra-se bastante limitado, não tendo a implantação e efetivação do PSF inserido mudanças significativas quanto à atuação desse profissional. Apesar do processo de implantação encontrar-se em andamento, a pouca mobilidade do profissional de Psicologia parece colaborar para uma situação estanque.

Mas, como foi apresentado no Capítulo III, existe um potencial, uma vontade de mudança, que ainda está em elaboração, precisando de incentivo e apoio para chegar a uma proposta concreta e à efetivação da mesma, nas ações desses profissionais.

A escassez de propostas de atuação do psicólogo em todos os níveis de atenção, e mesmo no próprio PSF, assim como a falta de organização política da classe e de dispositivos assistenciais mais amplos, têm deixado o profissional à margem dos serviços públicos de saúde. Portanto, diante da perspectiva de ampliação do PSF e da inclusão de uma rede de cuidados em saúde mental em todos os níveis de atenção, torna-se urgente uma reflexão e redefinição sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido pelos psicólogos na rede.

Nesse sentido, um avanço relevante quanto à estruturação dos serviços de saúde mental no DSN refere-se à implantação do CAPS-AD, que abre espaço para o atendimento de dependentes de álcool e outras drogas, contando com psicólogo no seu

quadro. No entanto, essa unidade fica um pouco à parte dos outros serviços do Distrito, uma vez que a rede de serviços revela-se desarticulada, apresentando características próprias e, portanto, não correspondendo à caracterização realizada, neste trabalho, quanto ao trabalho dos psicólogos nas UBS, US e UR.

É necessário, ainda, apontar que a diversidade da demanda e a exigência de ações mais amplas por parte do psicólogo no serviço público de saúde é uma realidade incontestável, assim como a importância de um trabalho articulado, intersetorializado e voltado aos grupos populacionais. A transição do modelo exige uma transição do saber-fazer, o que ainda não está ocorrendo. Contudo, para a efetivação dessas propostas, é preciso que os profissionais se articulem em torno de suas entidades representativas e de formação, para que novas práticas sejam valorizadas ou mesmo desenvolvidas. No que se refere ao psicólogo, é preciso que esse profissional tenha definido o seu papel, que suas ações sejam pautadas por essa definição e, conseqüentemente, sua atuação na atenção básica possa ser uma realidade.

A concretização de uma atuação ampla da Psicologia, quanto às necessidades da demanda na atenção básica e à articulação de um trabalho com outros profissionais, pode revelar-se (na prática) um modo de superar os velhos paradigmas e consolidar seu espaço no setor das políticas sociais.

É necessário também estar atento às armadilhas existentes, uma vez que a responsabilidade por um atendimento mais democrático, justo, equânime e competente, condizente com as necessidades de saúde da população, é papel não apenas do psicólogo, exigindo de todos os profissionais uma postura crítica e criativa quanto ao desenvolvimento do trabalho, individual ou em grupo e, principalmente, clareza quanto ao papel de cada profissional da equipe.

Tem toda uma parte social aí, educativa, mas que eu acho assim, que é um trabalho que está começando. E assim, só a experiência é que vai fazer com que a gente tenha melhoras nos nossos papéis. Eu acho que é necessário o

psicólogo, o assistente social, o nutricionista, no PSE, mas assim, eu acho que a gente ainda tem muito a definir. Algumas questões não são claras para mim, eu quero tentar ver o que tem no papel e pensar melhor como é que a minha formação vai poder estar aí... (P2).

Referências

- Araújo, M. S. S. (2000). *Água mole em pedra dura? As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e a implementação do Programa de Saúde da Família*. Dissertação de mestrado não-publicada. Recife, Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz.
- Bertolli Filho, C. (2002). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Boarini, M. L. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1 (1), 93-132.
- Boarini, M. L. (Org.), (2000). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem.
- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites (15-28). In A. M. B. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Bodstein, R. (2002). Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), 401-412..
- Borges, C. C. (2002). *Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)*. Dissertação de mestrado não-publicada, Ribeirão Preto/USP.
- Bosi, M. L. M. & Affonso, K. C. (1998). Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde Pública*, 14 (2), 355-365.
- Campos, G. W. S. (1997). Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In S. Fleury (Org.), *Saúde e Democracia* (pp. 113-124). São Paulo: Lemos.
- Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (1999) Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. *Psico*, 30 (1), 5-28.
- Cordeiro, H. (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 319-328.
- Cotta, R. M. M; Mendes, F. F. & Muniz, J. N. (1998). *Descentralização das políticas públicas de saúde – Do imaginário ao real*. Viçosa: UFV.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.

- Dimenstein, M. (1999). (Des) Caminhos da formação profissional do psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo da saúde pública. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 11 (1), 17-25.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 57-63.
- Elias, P. E. (2001). Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In A. Cohn e P.E. Elias (Orgs.), *Saúde no Brasil – políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, CEDEC.
- Franco, T. & Merhy, E. (1999). PSF: contradições e novos desafios. In Conferência Nacional de Saúde On-line, [On-line]. Disponível: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
- Gonçalves, M. G. M. (2003). A contribuição da Psicologia Sócio-histórica para a elaboração de políticas públicas (277-293). In A. M. B. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Lancetti, Antônio (Org.) (2001). *Saúde Loucura (nº 7) – Saúde Mental e Saúde da Família*. Campo Belo/SP: Hucitec.
- L'Abbate, S. (1999). Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad. Saúde Pública*, 15 (supl. 2), 15-27.
- Levcovitz, E., Lima, L. D. & Machado, C. V. (2001). Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 269-291.
- Luz, M. T. (1994). As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In R. Guimarães & R. A. W. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil - Anos 80* (131-152). Rio de Janeiro: Relume.
- Machado, K. (2003). Saúde: um direito humano fundamental. *Radis*, 13, 16-18.
- Marques, R. M. & Mendes, A.. (2002). A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*, 18 (supl.), 163-171.
- Martínez, A. M. (2003). Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo (143-160). In A. M. B. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Mattos, R. A. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 377-389.
- Matumoto, S (1998), citado por Borges, C. C. (2002). *Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)*. Dissertação de mestrado não-publicada, Ribeirão Preto/USP.

- Medeiros, I. S. (2003). *No caminho há o sujeito, ...há o sujeito no caminho: o dilema que revela e oculta a prática dos psicólogos psicanalistas lacanianos em Centros de Saúde de Natal/RN*. Dissertação de mestrado não-publicada, UFRN.
- Ministério da Saúde, (1998). *Sistema de Informações de Atenção Básica – Manual*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde, (2000). Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 34 (3), 316-319.
- Ministério da Saúde, (2002). *O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde, (2003). Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Materna Infantil*, 3(1):113-125.
- Noronha, J. C. & Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 445-450.
- Oliveira, U. F. (2001). *Caracterização das intervenções em grupo na rede básica de saúde em Natal/RN*. Dissertação de mestrado não-publicada, UFRN.
- Paim, J. S. (1994). A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In E. V. Mendes (Org.), *Distrito Sanitário*. Rio de Janeiro: Relume.
- Paiva, I. L. (2003). *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de mestrado não-publicada, UFRN.
- Peduzzi, M. & Palma, J. J. L. (2000). A equipe de saúde (235-250). In L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes e R. B. M. Gonçalves (Orgs.), *Saúde do adulto – Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Pereira, C. (1996). A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*, 39 (3).
- Prefeitura do Natal reorganiza assistência básica com o modelo "Saúde da Família" (2001, Dezembro). *Jornal da Saúde*, 4, p.5.
- Rego, A. C. F. D. (2002). *A difícil institucionalização de gestões participativas: os Conselhos Municipais de Saúde*. Dissertação de mestrado não-publicada, UFRN.
- Rozemberg, B. & Minayo, M. C. S. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), 115-123.
- Secretaria Municipal de Saúde, (2003). *Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família – PROESF/Natal*. Natal: SMS.
- Senna, M. C. M. (2002). Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 18 (supl.), 203-211.

- Silva, R. C. (1992). A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- Sousa, M. F. (Org.), (2002). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec.
- Souto, P. C. G. G. & Leal Jr., F. da S. (2000). Bioética no SUS e Atenção`a Saúde da Família (). In Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, *Monografias – Prêmio Prof. Dalgimar Beserra de Menezes*.
- Trad, L. A. B., & Bastos, A. C. S. (1998). O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, 14 (2), 429-435.
- Vasconcelos, C. M. (1997). *Atores e interesses na implementação da rede sanitária no Rio Grande do Norte*. Dissertação de mestrado não-publicada,UFRN.
- Vasconcelos, E. M. (2001). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. Sobral: UVA.
- Yamamoto, O. H. (2003). Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia (37-54). In A. M. B. B. (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez.

Apêndice A

Roteiro para entrevista com Diretores, Coordenadores e Administradores

Questões gerais:

1. Função original.
2. Tempo na Unidade.

Sobre a implantação do PSF:

1. Como aconteceu a implantação e efetivação do PSF no DSN. Como se estruturou. Como os profissionais se prepararam/adequaram à proposta do PSF (História da implantação: seleção; treinamento; capacitação; instalação; etc).
2. O que mudou com a transição dos modelos de atendimento e nova organização no DSN.
3. Quais as principais vantagens e principais dificuldades do PSF.

Caracterização dos serviços desenvolvidos na unidade:

1. Funcionamento da Unidade.
2. Profissionais atuantes.
3. Atividades desenvolvidas (individuais e em equipe).
4. Demandas e encaminhamentos (referência e contra-referência, etc) para os outros serviços e unidades da rede, especificamente no que diz respeito ao Serviço de Psicologia/Saúde Mental.
5. Resolutividade.
6. Dificuldades da Unidade.
7. Quais as expectativas frente ao novo modelo de atenção à saúde.

Apêndice B

Roteiro para entrevista com integrantes das equipes do PSF

Questões gerais:

1. Função original.
2. Tempo na Unidade.

Sobre a implantação do PSF:

1. Como aconteceu a implantação e efetivação do PSF no DSN. Como os profissionais se prepararam/adequaram à proposta do PSF (História da implantação: seleção; treinamento; capacitação; instalação; etc).
2. O que mudou com a transição dos modelos de atendimento e nova organização no DSN.
3. Quais as principais vantagens e principais dificuldades do PSF.

Caracterização dos serviços desenvolvidos na unidade:

1. Funcionamento da Unidade.
2. Profissionais atuantes.
3. Atividades desenvolvidas (individuais e em equipe).
4. Demandas e encaminhamentos (referência e contra-referência, etc) para os outros serviços e unidades da rede, especificamente no que diz respeito ao Serviço de Psicologia/Saúde Mental.
5. Resolutividade.
6. Dificuldades da Unidade.
7. Quais as expectativas frente ao novo modelo de atenção à saúde.

Apêndice C

Roteiro para entrevista com psicólogos

Questões gerais:

1. Função original.
2. Tempo na Unidade

Formação: instituição de conclusão; área de estágio/enfoque teórico do estágio; ano de conclusão; pós-graduação, etc.

Trabalho: tempo de trabalho; regime de trabalho; local; faixa salarial; atividades desenvolvidas (individuais e em equipe); perfil da clientela/demanda; encaminhamentos – realizados e recebidos; dificuldades para a realização das atividades/serviço; resolutividade; avaliação do próprio trabalho, etc.

Sobre a implantação do PSF: o que mudou em relação ao serviço da unidade, às atividades desenvolvidas pelo profissional e em relação à demanda; mobilização por parte dos profissionais (psicólogos) para entrar no PSF ou se manter enquanto UBS; proposta de trabalho da Psicologia no PSF; expectativas frente ao novo modelo de atenção à saúde.

Apêndice D

Entrevista realizada com E2 – integrante de Equipe de Saúde da Família

Pesquisador – A primeira questão é quanto ao cargo. Você é Agente Comunitária de Saúde, não é isso?

E2 – É.

Pesquisador – Desde quando?

E2 – Desde fevereiro de 2002, fez um ano agora.

Pesquisador – Então eu vou pedir que você fale um pouco sobre esse processo de seleção, como é que foi?

E2 – Não, selecionaram assim, não foi é, concurso, não é? Fizeram uma seleção, uma prova de... De um modo geral, tinha história, português, na área de saúde também, negócio sobre vacinas, essas coisas. Depois fizeram uma entrevista com a gente e... Para saber quanto tempo a gente morava na comunidade, porque tinha que morar pelo menos há 2 anos, para a gente conhecer o local onde a gente ia trabalhar, o pessoal, já ter uma integração com a população. Porque como a gente vai nas casas, falar com as pessoas, então fica mais fácil se você já mora na área, você ter acesso, porque as pessoas já te conhecem, fica mais fácil de você conversar com a pessoa que você conhece do que uma que você nunca viu!

Pesquisador – É verdade. E me diga uma coisa, como é que foi isso, vocês passaram por algum treinamento, alguma capacitação, alguma coisa?

E2 – Fizemos um treinamento.

Pesquisador – E como é que foi? O que você achou?

E2 – Eu gostei, assim, a princípio, não, a gente começou meio... assim, sem treinamento. Mas depois resolveram fazer um treinamento com a gente. Mas explicaram tudo assim, como ia ser, foram orientando, mas depois que a gente...

Pesquisador – Quando já tinham começado!?

E2 – É, o começo foi um treinamento. Depois que os médicos, enfermeiros, todo mundo... Aí deram treinamento, lá no SESC, para a gente.

Pesquisador – E foi sobre o quê?

E2 – Sobre tudo de doenças que mais aparecem na área, para a gente saber, mais ou menos, identificar alguma coisa; conversar, falar com o pessoal, tudo assim, de um modo geral!

Pesquisador – E teve alguma coisa sobre saúde mental?

E2 – Sobre saúde mental? Não.

Pesquisador – Qual a sua compreensão, o que você entende por Programa de Saúde da Família? Quais são as principais características do PSF?

E2 – As principais características?

Pesquisador – Qual a sua compreensão sobre o PSF? Não precisa ser aquela coisa de manual... É o que você entende!

E2 – Eu acho que é integrar mais a população diretamente aqui à Unidade. Porque às vezes é uma coisa meio afastada, tanto da equipe conhecer a população, como a população (conhecer)

a equipe. Saber chegar, ter mais integração, mais facilidade em atendimento do que antes, não é? Era uma coisa meio vaga, assim, hoje não! Hoje a equipe toda conhece a população toda, assim, do “bairro”. Tanto os médicos conhecem a população, como a população também conhece toda a equipe. Sabe quem é de cada equipe, esse tipo de coisa assim. A gente vai nas casas, faz as consultas, quando vem morar até outra pessoa, que não morava aqui, todo mundo já sabe, quem mora, quem não mora...

Pesquisador – Quem é novato!

E2 – É, quem é novato. Porque teve essa integração, geralmente ninguém sabe assim, se mora, se não mora, não tem esse acesso assim.

Pesquisador – E2, me diga uma coisa, é assim, tem uma pergunta que é sobre as mudanças que você identifica com a implantação do PSF. Sei que você não trabalhava aqui, antes do PSF, mas acredito que de alguma forma, como usuária talvez, você tem essa idéia! No caso das auxiliares, enfermeiras é mais fácil, porque normalmente elas eram de outra unidade, atendiam nas unidades básicas, e fizeram uma seleção (interna) para entrar no PSF, mas...

E2 – É, quando eu entrei, eu já entrei pelo PSF. A equipe também toda, daqui, foi mudada. Então a auxiliar, os médicos, ACD's, dentistas, todo mundo já entrou para o PSF. Mas aí, como usuária, sim, porque eu já usava a unidade antes de ser agente de saúde. E eu achei assim, a mudança foi brusca, assim, porque a gente... Fazia um atendimento geral aqui, de todo bairro, então tanto vinha gente do interior, como de bairros vizinhos, como daqui. Aí às vezes quem morava no Panatis não tinha muito acesso porque as... Como vinham (pessoas) de outros locais, e as fichas todas eram tiradas de madrugada e tudo, e agora, até a gente mesmo, quando vai na casa de uma pessoa: “Ah, estou precisando!”, a gente já marca, já fica agendado, são consultas já agendadas para a semana. E antes não, tinha que vir de madrugada, dormir no posto, tirar aquelas fichas, e era qualquer pessoa, de qualquer parte. O médico também não se preocupava muito em ter aquela atenção, também com o paciente, porque às vezes vinha uma vez e não vinha mais. E agora como é só daqui, não, sabe que vai fazer um acompanhamento, tá fazendo um acompanhamento sempre, como é só o pessoal que mora no “bairro”. E antes não funcionava esse jeito. Hoje só pode ser consultado, geralmente, quem mora no “bairro”. A não ser uma exceção ou outra, quando vem uma pessoa realmente, não se pode negar atendimento não é? Mas é uma coisa bem diferente.

Pesquisador – Mas me diga uma coisa, principalmente você, que convive com as pessoas, que tem muito contato com as pessoas, o que elas acharam dessa mudança? Realmente acham que foi positiva, ou acham que foi negativa?

E2 – Acharam que foi positiva, porque principalmente para pessoas idosas, tinha gente que não tinha como vir até o posto, não se consultava nunca, às vezes nem fazia vacina. E hoje não, a gente é, faz um trabalho assim: pessoas idosas - a gente vai até as residências delas, fazer as consultas lá, fazer verificação de pressão, vacina as gestantes, a gente faz visita de puerpério, quando elas ganham menino, não é? Para elas não virem até aqui a gente vai até lá, e antes não existia isso. Quem não podia vir até o posto, não se consultava. Quando ganhava nenê, ou você ia de táxi (para o posto) ou não ia, ou esperava poder ter condições de ir até o posto, isso (visita domiciliar) não existia, não é? E também a questão da pessoa sair da sua casa, de madrugada, apanhar uma ficha, sem saber se vai ser atendida ou não, também dificultava muito, e hoje não, elas saem, mesmo que não seja para esse dia, mas sabe que a consulta tá marcada ali, vai ser marcada. Então a população recebeu bem, gostou bastante, está gostando.

Pesquisador – E2, qual a rotina do serviço de vocês? Quais são as atividades que vocês desenvolvem diariamente?

E2 – Diariamente a gente primeiro vem aqui no posto, pega o material, e nós fazemos geralmente, 8 visitas por dia. Geralmente 4 de manhã, 4 à tarde ou, depende, quando a gente...

Pesquisador – Todos os dias?

E2 – É, todos os dias. Às vezes fazemos mais, tem pessoas que, é, a gente... Porque a gente tem que ir em cada residência 1 vez por mês, mas só que tem pacientes que exigem que você vá mais de uma vez por mês, não é? Então, aí tem isso, às vezes a gente faz essas 8 e ainda faz mais outras. Às vezes a gente leva até material para alguém que faz curativo, as meninas também, é, isso também antes não tinha, de precisar trocar um curativo e... A pessoa ia na Unidade ou não fazia curativo, sonda, essas coisas não existiam. Hoje em dia a gente vai com as auxiliares e elas fazem isso. A gente vai, pesa as crianças, faz acompanhamento de 0 a 2 anos, pesando, e até 5 anos dá vacina. Aí a gente trabalha por quarteirão. Se hoje eu começo num quarteirão, faço aquelas visitas, depois continuo, e assim sucessivamente até terminar todos.

Pesquisador – E assim, E2, diante do funcionamento do serviço, da realidade do Programa, quais são as dificuldades que você percebe?

E2 – Dificuldade mais de material de trabalho mesmo. A dificuldade maior, nossa, é essa. Por exemplo, são 20 agentes de saúde e nós temos 4 balanças, para pesar as crianças. Às vezes falta até cadastro para a gente fazer, cartão, mais material de expediente mesmo, falta para a gente trabalhar.

Pesquisador – E quais são as expectativas que você tem, com relação ao Programa?

E2 – Eu acho assim, o Programa, dentro do que é para ser, se funcionasse mesmo, assim, não faltasse material de expediente, esse tipo de coisa, eu acho que não tem o que ser acrescentado não. A não ser, como eu digo, tanto material de expediente, como duas dentistas para as 4 equipes, aqui no “bairro”, não dá para atender a população bem. Teria que ser um dentista para cada equipe, como o médico. Mas dentro do Programa, assim, eu acho que tem um acompanhamento bom, o Programa é bem legal mesmo.

Pesquisador – E quais são as principais demandas? Quais são os principais problemas e agravos que surgem, E2?

E2 – Eu acho que é mais a parte de hipertensão, diabetes; a gente até agora está fazendo esclarecimento, a gente faz todo mês as reuniões, com hipertensos, diabéticos e gestantes, para esclarecer, para dar uma orientação sobre alimentação, sobre verificar pressão, sobre fazer os exames periodicamente. Para identificar também, tem pessoas que são (hipertensas, diabéticas) e não sabem. Então a gente faz um trabalho também de orientação, para que elas se informem se tem a doença, ou não, não é?

Pesquisador – E com relação à demanda para Psicologia, que tipo de demanda é essa?

E2 – Aí nós não temos psicólogo, aqui, então quando a pessoa precisa, assim, de um encaminhamento, é mandado para o Centro Clínico, para outra Unidade. Porque aqui só tem, é... Não tem médico especialista, só o generalista, assim. Aí eu acho que um trabalho, assim, que podia ser implantado no PSF, também, acho que ia integrar mais o pessoal até aqui, seria o psicólogo, assistente social, eu acho que também devia ser implantado na equipe. Aí essa parte, a gente fica totalmente de fora.

Pesquisador – Mas assim, quais são os principais agravos que surgem e que vocês acham que poderiam ser encaminhados para a Psicologia?

E2 – É mais assim, a parte de alcoolismo que aparece bastante, e a gente ainda não fez nenhum trabalho com eles, porque a gente... Como é um trabalho assim, de... Com pessoas alcoólatras, isso aí fica mais a cargo de um psicólogo, de um assistente (social), para dar alguma coisa assim, essa parte, não é? Então a gente não tem muito o que falar para essas pessoas, a gente não tem como... Se não tem um médico especializado na área, a gente não tem como chamar essas pessoas para falar uma coisa... porque são médicos que não sabem dar esse tipo de orientação. E tem pessoas também, assim, que já tem uma deficiência, não é? Uma coisa assim, aí realmente a gente não tem o que fazer.

Apêndice E

Entrevista realizada com E4 – integrante de Equipe de Saúde da Família

Pesquisador – E4, você é enfermeira de uma das equipes, não é isso?

E4 – Certo. Eu sou de uma equipe e “Amigo E4” é de outra. São 4 equipes, aí cada equipe é um médico, uma enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem... (interrupção). (“Amigo E4” se dispôs a ser entrevistado, no entanto estava passando mal – pressão arterial elevada - e decidiu ir embora para casa).

Pesquisador – Você estava falando que é enfermeira de uma das equipes...

E4 – É, de uma das equipes.

Pesquisador – E quando vocês começaram aqui?

E4 – Em março do ano passado a gente foi chamado. Só que assim, a gente passou mais ou menos um mês e pouco só mais assim, fazendo a questão da organização do PSF. Seria o quê? O mapeamento, algumas... Todas as equipes que foram chamadas ficou assim: uma turma ficou na Unidade vendo a questão de levantamento de material, o que é que precisava; outra turma foi para a Secretaria (Municipal de Saúde) ver a questão dos protocolos, de cada Programa: CD, Pré-natal, Idoso, Adolescente, revendo esse protocolo que já existe na Secretaria, ver alguma modificação; e outra equipe ficou na parte do mapeamento das áreas, que seria o quê? A gente pegava a quantidade de famílias, então cada micro-área, que a gente chama, é da responsabilidade de um agente de saúde, é em torno de 150 famílias. Então a gente pegou o mapa do Panatis e saiu botando assim: 150 casas para aquele agente de saúde; então como são 20 agentes de saúde, então foi mais ou menos isso o mapeamento. Aí assim, no mês de maio foi que de fato mesmo a gente começou a atender. Antes disso era só essa organização.

Pesquisador – Anteriormente você já era da Saúde Pública? De alguma Unidade?

E4 – Já, desde 95 que eu já... Porque assim, esse programa foi tipo uma seleção interna, já eram... Muitos funcionários já eram do município, já são do município, ou são do Estado, e estão à disposição de uma Unidade do município. Então foi feita uma seleção interna, um processo de seleção, isso em 90 e... Vai fazer 4 anos, já.

Pesquisador – Foi em 98?

E4 – Em novembro de 2001 tinha completado 4 anos já, aí em março do ano seguinte foi revogado e em 2002 que a gente foi chamado.

Pesquisador – Sei.

E4 – E assim, aí a gente tinha feito e foi por ordem de classificação que foi chamado, então, nunca mais tinha chamado, a gente já estava sem fé, já. Mas depois que eu fiz ainda teve mais outro. O meu foi em 90 e... Nem lembro quando foi, faz é tempo! Então esse foi o primeiro, e depois ainda teve mais outro, que teve para médico, enfermeiro e auxiliar.

Pesquisador – Mas você já trabalhava nessa Unidade aqui mesmo?

E4 – Não, eu trabalhava numa Unidade aqui vizinha, no bairro de Igapó, já fazia 7 anos que eu trabalhava lá. Então assim, na verdade a gente mudou de Unidade, o trabalho assim, modificou um pouquinho, eu acho que você ainda vai fazer alguma pergunta em relação a isso...

Pesquisador – É, exatamente.

E4 – Mas eu trabalhava a 7 anos lá, eu já era do município.

Pesquisador – E4, e para você, como é que fica a questão do Programa de Saúde da Família? Quais são, para você, as principais características desse Programa?

E4 – Como eu já disse, eu já era funcionária pública, não é? Desde 1990, porque eu também sou do Estado. Então assim, muita coisa a gente traz de experiência do que era antes, o Programa que é de demanda espontânea. Então assim, na minha opinião, o que muda em relação ao PSF é o vínculo que a gente cria com a comunidade. Por quê? Quando a gente trabalhava em outra Unidade então a gente atendia todo mundo, de todos lugares, que apareciam. Então você não tinha o controle assim, de “dona fulaninha” que é hipertensa, de “seu fulaninho” que é diabético, então aqui a gente tem esse controle, entendeu? Quer dizer, cada equipe tem uma área delimitada, então eu sei quantos hipertensos eu tenho, quantos diabéticos eu tenho, quantas gestantes na minha área, quantas crianças menores de 5 anos, a gente tem esse mapeamento todo, que foi feito exatamente no período que eu disse a você, no início. Então a cada ano a gente tem que renovar esses dados. Então assim, para mim, é um Programa assim super interessante, por essa questão do vínculo que a gente cria com a comunidade porque, por exemplo, lá na outra Unidade, eu tinha as minhas gestantes, sabia assim, no meu livro eu tinha “tantas” gestantes inscritas, mas assim, de diversos lugares. Aqui não, eu sei que a gestante “tal” vai parir, então ela pariu a gente já faz a visita domiciliar. Lá era diferente, porque a gente não tinha nem como fazer isso, porque era muita gente. Você faz... por exemplo, um paciente hipertenso, diabético, um paciente acamado, tem a história da visita domiciliar para fazer algum procedimento tipo curativo, nessas campanhas de vacina, os pacientes que não podem vir à Unidade, a gente vai. E assim, a gente tem tipo assim, uma rotina da visita domiciliar. Todos esses pacientes que realmente precisam, não só eu, mas como a médica e as auxiliares, todas vão. Normalmente a gente procura ir as equipes mais completas possível, que às vezes não dá, mas...

Pesquisador – E quais são as atividades que são desenvolvidas por você, enfermeira, e pela equipe?

E4 – Como enfermeira o que é que a gente faz? A gente, por exemplo: dias de atendimento - num horário a gente faz uma, outra hora faz outra. Então por exemplo, de manhã normalmente... A gente tem uma escola, como são 4 equipes e aqui a questão de salas é um problema, então o que é que a gente fez? Em um horário a gente... Em um horário ficarão 2 enfermeiras atendendo e 2 médicos, e no outro horário outras 2 enfermeiras e os outros 2 médicos. Então normalmente a gente está assim, um horário eu estou atendendo pré-natal, à tarde é visita domiciliar. No outro dia eu estou atendendo CD, o outro é visita domiciliar. Essa sala aqui é a sala que a gente chama de “acolhimento”, então todos os dias, manhã e tarde, tem uma enfermeira aqui. Então esse acolhimento é o que? As fichas dos pacientes são marcadas, dos médicos, são marcadas 12 fichas. Eles atendem 16 por dia, 4 delas vem para essa sala. Então por exemplo, chega uma criança com febre, uma paciente com suspeita de dengue ou com a pressão alta, então a gente faz tipo uma triagem e encaminha essas 4 fichas que sobraram para o médico que está atendendo na hora. O que pode acontecer é, por exemplo, a médica da minha equipe está atendendo, mas o paciente que vai aparecer aqui pode não ser da minha área, mas vai por ela porque é o horário que ela está atendendo, que é uma urgência, não é? Então a gente acaba encaminhando. E no horário seguinte, no horário que um está atendendo o outro faz a visita domiciliar. E o acolhimento a gente passa o dia inteiro aqui na

sala, quando é meu dia eu passo o dia inteiro aqui. Porque aqui além de funcionar o “acolhimento” ainda funciona o Planejamento familiar. Então a enfermeira fica os dois horários aqui nessa sala. E assim como o médico também, o médico tem o horário, em um horário ele faz a visita domiciliar e no outro o atendimento. A escala está ali na parede, bem arrumadinha. Aí assim, a gente procurou sempre colocar assim, por exemplo, na terça-feira eu estou atendendo pré-natal e a médica da minha equipe está atendendo também consulta ginecológica, porque de repente se eu precisar que ela veja alguma gestante, e só tem uma sala de ginecologia, então a gente já encaminha essa paciente para lá, independente dela ter ficha ou não, mas ela vai ser encaminhada. Outro atendimento que a gente faz... Tem a questão dos Agentes de Saúde, que é de nossa responsabilidade a supervisão, no final do mês aí têm as burocracias da vida, fazer pedido de anticoncepcional, mapa de tuberculose, pedido de vacina, tudo é com a enfermeira. Então assim, a gente procura a parte da epidemiologia, para informar os casos que foram notificados de alguma doença, não é? Então como são 4 enfermeiras, a gente vai distribuindo: uma fica responsável por isso; a outra por outra coisa. Mesmo que, por exemplo, de tuberculose não só se tem pacientes da minha área, mas eu pego das 4 áreas e informo, entendeu? Assim, é bem... É como se a gente fosse “a Salvadora da Pátria” aqui, sabe? Tanto é que, no dia que não tem uma enfermeira aqui, é um “Deus nos acuda”, parece que ninguém sabe resolver nada. E sempre acontece: treinamento... Agora tem uma de férias, outra está fazendo uma especialização em saúde da família, a semana passada ela passou a semana inteirinha sem estar aqui. Com uma de férias, então só estava eu e “Amigo E4”. Aí teve um dia que eu fui para uma reunião, aí “Amigo E4” fica sozinha aqui. Então quem fica, imagine!

Pesquisador – Imagino.

E4 – É um “Deus nos acuda!”

Pesquisador – E4, você estava falando que têm diversos programas dentro do PSF: do idoso, adolescente...

E4 – É, do idoso, do adolescente, da gestante e da criança.

Pesquisador – São esses 4 os principais?

E4 – É. Na verdade o adolescente a gente ainda não está dando a atenção merecida, dele. Então por exemplo, o CD, que é o acompanhamento da criança, isso aí está sendo feito pelas 4 enfermeiras, a gente já tem as crianças da nossa área. Acaba de parir, elas (as mães) já são orientadas a procurar a Unidade. Tem a gestante, que assim, a primeira consulta da gestante ela vem primeiro para a enfermeira. Aí a gente solicita todos os exames, faz aquela anamnese toda, já faz o cartãozinho dela de pré-natal e já deixa as consultas agendadas. Então esses dois grupos: gestantes e crianças, elas já têm o atendimento agendado. Ela vem para enfermeira e a gente já... Por exemplo, a gestante vem hoje para mim mas ela já sabe que daqui a um mês ela vai vir para a médica e daqui a dois meses ela retorna para mim. Então essas consultas são sempre agendadas. O CD da mesma forma. O hipertenso e o diabético a gente já formou grupos, não é? Então todas as equipes, elas estão...

Pesquisador – Cada equipe tem um grupo é?

E4 – Tem, cada Agente de Saúde tem a sua quantidade de pacientes. Então, por exemplo, como cada equipe são 5 agentes, então é em torno de “duzentos e tantos” pacientes por equipe. Então esses pacientes a gente, a cada 15 dias, a gente faz uma reunião... Por exemplo, como são 5 Agentes de Saúde, a gente junta assim: a micro-área 1, a 2 e metade dessa (terceira) é uma reunião. Aí as outras 2 com essa outra metade é outra reunião. Então cada agente...

Pesquisador – É, bastante gente!

E4 – É, é muita gente, muita gente! E assim, é muito trabalho, assim, é coisa, é trabalho assim para não acabar mais sabe? Então por isso que eu disse a você a questão dos outros profissionais, que seria importante ter, porque tem muita coisa assim, que fica na

responsabilidade do enfermeiro, que não era para ser. Aqui a gente tem muito problema social, muito problema que reflete na Psicologia, não é? Assim, você vê que tem gente assim que está com um quadro depressivo mais pela questão social. Então assim, são outros 2 profissionais que eram para estar acompanhando, tanto o assistente social como o psicólogo. Tem a questão nutricional, que como eu estava dizendo às meninas, esses grupos de hipertensos e diabéticos, assim, eu enquanto enfermeira tive uma orientação em relação à questão de nutrição desses pacientes, mas é diferente de um profissional, que é formado para aquilo, que tem muito mais habilidade. Então a gente sente muita falta, sabe? E infelizmente, assim, não depende da nossa vontade, mas se dependesse, para a gente o PSF deveria ser todos os profissionais que já existem em uma Unidade Básica.

Pesquisador – Seria mais ou menos aquela equipe multiprofissional que já existia nas Unidades Básicas?

E4 – É, que existia nas Unidades, só que com um diferencial porque, você há de concordar comigo, quando a gente trabalhava na Unidade Básica, não tinha esse entrosamento dos profissionais, era “cada um por si e Deus por todos!” Eu fazia a minha parte, o psicólogo fazia a dele; quando muito a gente encaminhava. Mas não era aquela coisa de você estar acompanhando ali, entendeu?

Pesquisador – Mas você está dizendo que os profissionais deveriam ser, mais ou menos, aqueles?!

E4 – Mais ou menos aqueles, não é? Dentista já tem, na equipe. Mas o dentista aqui é o seguinte, é um dentista para cada 2 equipes, aí você imagine! A demanda fica super reprimida. Você tem que investir muito na questão da prevenção.

Pesquisador – E4, e quais são as principais demandas? E para a Psicologia?

E4 – Aqui, por exemplo, a maior demanda da gente é a questão do hipertenso e do diabético, que a gente tem demais na área. Mas essa questão social, sabe, é que... Porque assim, o “bairro” é uma área diferenciada, por exemplo, do Nova Natal, de outras Unidades. Mas aqui, dentro do próprio Panatis, as 4 áreas, a gente vê assim, que já é uma diferença social muito grande. Muito assim, problemas bem gritantes, não é? Tipo, até uso de drogas, sabe? Alcoolismo também tem um número alto, embora que as pessoas, assim, não cheguem para você espontaneamente e digam. Porque esses dados foram colhidos quando a gente fez o cadastramento, aí uma pessoa da casa é que... No preenchimento a gente pergunta se tem alguém hipertenso, diabético, alguém que tem vício, tipo beber, então uma pessoa ou outra que dizia: “Ah, fulano bebe direto!” Então... Mas se a gente for fazer um levantamento, o índice é bem mais alto, então às vezes a gente imagina assim – se bebem, por que? Porque está desempregado, assim, uma coisa a leva a outra. Então assim, em relação à Psicologia, a gente tem muita gente nova com depressão, tem muita gente nova assim! Crianças com... Que a gente encaminha bastante lá para o Centro Clínico, mas que quando você vai ver, por exemplo, pais separados... Então assim, tem demanda para tudo que você imagine! A parte de ginecologia também aqui é muito procurada. Enfim, eu acho que a de hipertensão e diabéticos é maior, porque também a gente já sabe quem são as pessoas, aí fica até mais fácil. Essas outras, seriam uma maneira espontânea, que a gente acaba descobrindo. Mas no fundo, a gente sabe que existe muito mais.

Pesquisador – E4, e como fica a questão do encaminhamento para essas outras Unidades?

E4 – A questão da Psicologia, assim, o encaminhamento inclusive não é nem marcado por aqui, a gente dá um encaminhamento, informa porque está encaminhando, e o próprio usuário ele vai lá e fala com a psicóloga. Eu, sinceramente, não sei lhe dizer se essas pessoas que a gente encaminha estão sendo atendidas, até porque o profissional ainda não está acostumado com aquela história da contra-referência, porque se eu encaminho é importante que eles me

mandem a contra-referência para eu saber se o paciente foi atendido, se não foi. Em relação às outras especialidades, tem algumas que não é difícil. Por exemplo, dermatologia não é difícil. Algumas que têm no Centro Clínico não é muito difícil. Mas o nó da gente é cardiologia. Esses que são bem mais especializados: cardiologia, cirurgia, endocrinologia, essas coisas que é mais assim, difícil ter um profissional na rede, é mais complicado. E cardiologia principalmente, porque a gente tem os pacientes que são hipertensos que precisam estar sempre fazendo o controle. Aí não é fácil! Aí por exemplo, hoje mesmo quando eu cheguei ali o menino já disse: “O sistema hoje está danado!” Principalmente na segunda-feira, porque cada Unidade ela tem uma cota de marcar, por dia, não é? Aí essa cota é mínima, aí se você tem um monte de pacientes... Tem muitos que acabam pagando consulta particular. Um problema sério que agente tem, que você não questionou aí, mas... É a questão da medicação, a gente tem tido muito problema por conta disso. A medicação chega, com 2 dias acaba. A gente tem muito disso, e já foi feito cadastramento, de hipertenso, diabético. Para você ter idéia, por exemplo, tem uma paciente que toma 5 frascos de insulina por mês, a gente recebe 20. Então quer dizer, a gente não só tem 5 pacientes, 4 pacientes, não é? Então essa questão do medicamento é o nó.

Pesquisador – E uma das questões é exatamente assim, quais as dificuldades diante do funcionamento desse programa, da realidade do trabalho?

E4 – São todas essas que a gente já falou. A maior dificuldade da gente é a gente conseguir... Coisas que a gente possa resolver aqui, tudo bem! Porque está na nossa... Mas quando você tem que mandar essa demanda para fora, aí a gente não garante. Até aqui, na própria Unidade, a questão de exames. Exames de rotina mesmo. Por exemplo, o laboratório da gente estava funcionando mas estava funcionando fazendo o que? Só 2 ou 3 exames. Quer dizer, você tem uma gestante...

Pesquisador – Funciona aqui mesmo?

E4 – Tem um laboratório aqui, só que está fechado agora, porque vai funcionar no Centro Clínico um Laboratório Central, aqui vai ser Posto de Coleta, só.

Pesquisador – Ah, sei.

E4 – Então eles vão garantir que todos os nossos pacientes aqui, os exames vão ser colhidos aqui e vão ser realizados lá no Centro Clínico, nesse laboratório Central. Vai começar um treinamento hoje, então eu acho que...

Pesquisador – Para esse Posto de Coleta?

E4 – Também, é, para o auxiliar de laboratório que vai ficar aqui para colher esses exames. E lá também, porque chegou uma máquina nova, eu acho que o pessoal de lá também vai ser treinado. Eu acho que em meados de agosto deve voltar a funcionar direitinho. E assim, vai fazer... Tem um aparelho lá que faz 200 exames em “tantos” minutos, que é uma coisa assim, bem sofisticada. Então eu espero que... Esse laboratório já era para ter sido feito, inaugurado a tempo. Mas você sabe que para tudo precisa de interesse, não é? A questão política aí é meia... A gestão anterior complicou muita coisa. Inclusive, a forma de implantação do PSF foi assim, muito tumultuada, muito tumultuada. Porque eu acho que o nó começou por aí. Eu acho que agora já está caminhando.

Pesquisador – Eu imagino que foi muito confuso. Porque para a gente, que só está acompanhando, sabia da notícia: “Vai ser implantado!”, foi confuso! Foi tudo muito de repente, não é?

E4 – É, só para você ter uma idéia, por exemplo, o posto do Igapó, o bairro de Igapó, que tem os dois postos, de Igapó e Bela Vista, e Vale Dourado, quer dizer, é o início da Zona Norte, que poderia ter sido implantado... E você sabe que Vale Dourado é uma carência terrível, não é? Então assim... E lá no Igapó também. Aqui é classe média, e lá é favela, se você for comparar assim grosseiramente. Então assim, por questão de necessidade, lá com certeza precisava muito mais do que aqui. Para você ter uma idéia, aqui, eu acho que em torno de 60%

a 70% das pessoas que eram atendidas aqui, não eram do “bairro”, eram do Vale Dourado. Para você ter uma idéia, não é? Então quando a gente chegou aqui foi um “Deus nos acuda!” Porque assim, PSF você tem que cadastrar aquelas famílias lá daquela área adscrita, e os outros você tem que drenar para onde eles tem tenham posto de saúde. Aí foi... A gente só faltava apanhar aqui. Mas ou a gente fazia isso ou não trabalhava como é o Programa.

Pesquisador – É, como é a proposta do Programa.

E4 – Porque na verdade essa implantação começou errada; começou por aí, não é? Porque era para ter vindo daqui para lá, e não você chamar um monte de equipes, em lugares diferentes, não dar condição... Só para você ter uma idéia, o posto de Santa Catarina é aqui, então quando foi feito o mapeamento, teve que pegar 6 quarteirões. Aqui está o posto de saúde (desenhando em um papel), teve que pegar 6 quarteirões aqui. Aí eu moro vizinho ao posto de saúde e não vou ser atendida nele. Só que eu sou do “bairro”, mas estou sendo atendida na Unidade do Santa Catarina. Entendeu? E o posto da gente bem pertinho, aqui. Então esse pessoal daqui era atendido aqui e passou a ser atendido aqui. Esse aqui passou quase um ano, na mesma época que a gente foi chamada, quase um ano sem eles atenderem, porque era uma casa alugada, que foi reformada, assim, totalmente sem estrutura para ser uma Unidade de Saúde. Aí são equipamentos que não chegam, se chega roubam, porque não tem vigilante. Olhe, foi um... E as pessoas aqui, cobrando. Então no início para a gente foi muito difícil. Porque a gente já tinha uma Unidade prontinha, então a gente chegou aqui, os profissionais foram tudo embora, os que estavam aqui. Só ficou o pessoal do laboratório, arquivo e farmácia, e limpeza. Mas o resto, assim, médico, enfermeira, auxiliar, foi todo mundo embora. Então assim, já se criou um clima, não é? É como se: a gente chegou para expulsar eles, aí foi muito chato. E outra é essa questão de você ter que organizar esse serviço, drenando essas pessoas que não são da área, tentando conscientizar, mas o povo estava doente, doente. Agora a coisa está melhor, agora está um paraíso, em relação a quando a gente chegou. Aí a gente se revoltava, porque assim, a gente sabia que tinha que trabalhar, a gente foi praticamente obrigada... A gente não se organizou assim, enquanto equipe, para ver: “A gente vai fazer isso, vamos rever os protocolos disso e daquilo, para a gente unificar as 4 equipes”. Então a gente foi obrigado, praticamente, a atender. Então assim, a gente se revoltava porque sabia que outras equipes, aqui próximas, ninguém estava... Só trabalhavam um expediente, eles tiveram todo tempo do mundo para treinar auxiliar, treinar agente de saúde. E a gente não teve tempo de nada. No final do ano passado foi que a gente foi treinar os auxiliares, aliás, os agentes, porque os auxiliares a gente nem treinou ainda. Aí assim, foi tudo atropelado, foi terrível. Mas assim, a gente apanhou um bocado mas... Está dando.

Pesquisador – E4, e porque você acha que a implantação começou por Potengi, Lagoa Azul, e não por Igapó, Vale Dourado? É porque já tinha a estrutura (física)? Por que?

E4 – Olhe, não. Até porque Igapó e Bela Vista já tinham (estrutura). Eu sinceramente não sei lhe dizer de quem foi essa idéia. Essa idéia de ter começado assim, que realmente, na minha opinião... E a gente achava inclusive que, quando fosse começar, ia ser assim. Mesmo que, por exemplo, chamasse 10 equipes, mas que desse condição. Quando estivesse tudo estruturado, 12 meses depois chamava mais 10, entendeu? Mas não, chamaram “trinta e cacetada” de uma vez só. Era muita gente. Sinceramente eu não sei como foi essa seleção. E assim, foi um caos, porque essa questão dos outros profissionais que estavam na Unidade, que tinham que ser lotados em outro lugar. Então, foi terrível. A questão é que para concertar o erro tem mais é que dar... Primeiro dar condição às Unidades que estão funcionando para depois... Mas a gente já soube que até outubro vão chamar mais. Aí vai chamar (...), aí vai aliviar mais para a gente.

Pesquisador – Uma outra questão, que você já falou um pouco sobre isso, é sobre que mudanças você identifica, pós-implantação do PSF? O que mudou, do modelo anterior, da forma de trabalho anterior?

E4 – Como eu já falei, é aquela questão do vínculo com a comunidade, então assim, é uma coisa que para a gente, enquanto profissional, é muito gratificante. Porque assim, você já sabe quem são seus pacientes, os usuários, não é? Quais são os maiores problemas na sua área. É diferente de uma Unidade Básica, que não tem como você ter esse controle. Porque se atendia gente de tudo que era lugar, por exemplo, eu trabalhava ali e atendia gestante de Nova Natal, então eu não tinha como fazer um mapeamento da minha situação, da situação de saúde da minha área. E aqui a gente tem, não é? Eu posso dizer que eu tenho “mais isso do que aquilo”, não é? Eu tenho como acompanhar, por exemplo, as minhas gestantes que estão faltando, as crianças que não foram vacinadas, entendeu? Então você tem um controle maior da sua população, que é da sua responsabilidade. Enquanto na outra Unidade você não tinha como fazer isso.

Pesquisador – E tem aquela questão que você falou, que existia uma equipe mas não um trabalho em equipe.

E4 – É, e aqui, sem querer mesmo, querendo ou não querendo, você tem que saber tudo, então assim, a médica já sabe, tudo que acontece na área ela sabe; se ela não pode ir na visita comigo mas quando eu chego eu já digo a ela: “Olhe, a gente tem paciente tal, com isso, isso e aquilo”. Quando ela vai, ela já chega para mim: “Olhe, aquela visita, eu pude fazer isso e aquilo”. Os próprios agentes de saúde, entre si, eles já sabem assim, por exemplo, um entra de férias, mas já tem o outro que vai cobrir aquela área, então assim, o trabalho aqui realmente é bem... Sabe? Assim, unificado mesmo. E aí a dificuldade que agente acha é exatamente a falta desses outros profissionais para resolver, porque acaba tudo nas mãos do enfermeiro, para resolver coisas assim, que na verdade era para ser outro profissional para resolver. Mas enquanto não tem, a gente tem que fazer o papel deles. E se agente não pode resolver, encaminha, não é?

Pesquisador – E4, uma outra questão, que eu quero a fazer, é sobre o usuário. Porque eu gostaria de saber, após a implantação do Programa, qual...

E4 – A satisfação dele?

Pesquisador – Qual o entendimento dele sobre o Programa? Qual tem sido o papel desse usuário? Porque existe essa perspectiva, não é? Do usuário ser mais participativo, estar mais integrado à Unidade.

E4 – Eles estão, e bem integrados, sabe? Assim, por exemplo, quando a gente fez o cadastro o ano passado, então tinha gente que não queria nem ser cadastrada. Dizia: “Eu não preciso disso porque eu tenho plano de saúde!” Então a gente viu assim, um ano depois a gente viu que as pessoas que a uma ano atrás tinham plano de saúde, hoje já não tem, e procuram a Unidade. Porque nesse momento do cadastramento a gente foi esclarecendo o que era o Programa, e assim, no dia a dia eles acabaram vendo que a coisa realmente, se tivesse uma boa condição da gente trabalhar, era até melhor do que determinados planos de saúde. Mas a gente não agrada 100%, não é? Você sabe disso. E muita coisa também não depende da gente, então, mas mesmo assim a gente tem ouvido bons comentários. Tem uns aqui que chegam... Um ou outro, assim, não é uma coisa comum eles estarem reclamando. Porque... Como é seu nome mesmo?

Pesquisador – Fabiana.

E4 – A coisa aqui funciona assim, Fabiana, por exemplo, são 4 equipes de saúde, a “a”, “b”, “c”, “d”. São 4 equipes de saúde, então por exemplo, cada área dessa foi cadastrada e ela sabe que a enfermeira “fulana” é de sua área, com o médico “tal”, o agente de saúde, quem é o dentista, quem são os auxiliares. Cada família dessas, dessas 4 micro-áreas, eles sabem. Então, por exemplo, eles sabem que: “Eu tenho que fazer pré-natal, tenho que conversar com a médica tal”. Que essa sala aqui é para esse tipo de atendimento. Então a gente procura sempre esclarecer a eles como é que as coisas funcionam. Um problema que a gente tem muito sério

aqui, que a gente vive estudando para ver como é que faz isso, é o seguinte, por exemplo, de certa forma a gente acha uma coisa boa, porque se eles fazem isso é porque vêem que a coisa funciona. Então, por exemplo, a sua família foi cadastrada, ela recebe um cartãozinho com a numeração do prontuário, do prontuário familiar, então qualquer pessoa que mora na sua casa ela traz esse cartãozinho...

Pesquisador – É o mesmo cartão para a família?!

E4 – Tudo que ela vem... É só esse cartãozinho, mas se você vem hoje, eu venho amanhã, então você traz e depois eu trago. Aí o que é que acontece? Muita gente se muda, daqui do Panatis, e continua se consultando com esse cartãozinho. Só que o agente de saúde, mensalmente ele passa na casa, então ele já sabe: “D. Fulana se mudou!” Então ele já anula aquele cartão, aí se chegar outra família ali, ele já cadastra imediatamente, com o mesmo número e já entrega à família. Aí aquela que se mudou, continua com o cartãozinho, quando chega aqui a gente descobre na hora. Porque quando vai tirar o prontuário, você já tem a relação das (novas) pessoas que estão. E outra (coisa), por exemplo, pede emprestado. Eu sou prima... (fim da fita).

A gente acha ruim essas coisas mas por outro lado, se isso acontece é porque as coisas estão realmente aqui funcionando. A gente ainda está estudando que maneira a gente vai fazer, eu já dei uma sugestão mas ninguém aceitou assim, por exemplo, da gente fazer um cartão para cada pessoa daquela família, com o mesmo número... Mas, não sei. Mas assim, a gente ainda não deixou de atender fora de área, por exemplo, se chega uma pessoa... Eu gosto muito da honestidade, quando elas chegam aqui e dizem: “Olhe, eu não moro aqui...” ou “A minha filha não mora aqui mas ela está precisando...” Então essas pessoas do acolhimento, essa que é de fora, a gente não pode marcar. Então aqui, quando ela vem para aqui, se não tiver nenhum paciente aqui da área que tenha vindo se consultar (de última hora), aí a gente vai, atende e encaminha essa paciente. Agora bota no prontuário, endereço da paciente fulana de tal, fora de área. (...?) O grande problema da gente é...(?) Porque assim, a questão da marcação dessas consultas. A gente antes colocou o agente de saúde para marcar, por exemplo, enquanto ele fazia a visita ele ia vendo quem marcar. Mas acontecia o seguinte, ele passava hoje numa casa, marcava duas consultas, quando chegava na outra casa vizinha, já não tinha mais, ia marcar para bem um mês depois, aí a pessoa já estava boa. Agora a gente está marcando só de uma semana para outra.

Pesquisador – E4, e como é que você vê o usuário, o quanto que ele está ativo, participando?

E4 – Eles estão participando. Eles já estão procurando saber quando é a visita domiciliar, porque de repente o agente de saúde não passou naquela rua hoje. Aí eles vem aqui, “Ah, meu pai está doente, dá para ir lá?!” Então em relação ao que era antes, ao início do ano passado, a coisa está bem mais... A gente já conhece os pacientes, a família dos pacientes... Não está satisfatório ainda. Agora a questão dos atendimentos... (?)... E a questão dos exames, também está gritante! Agora assim, a gente faz o possível para melhorar as coisas. Sim! A gente fez no mês passado, no final do mês, a gente fez uma festinha de São João, foi uma trabalhadeira danada: todo mundo se empenhou, vendeu balaio, fez bazar, para arrecadar dinheiro para essa festinha. A gente dizia para o paciente que podia trazer um acompanhante, mas quando a gente viu estava a família inteira, era gente que não cabia mais. Então assim, foi muito bom, não é? A gente gostou, trabalhou muito, mas não imaginava que a repercussão fosse tão boa. Olhe, passou uns 15 dias, todo dia vinha paciente aqui dizer que a festa foi... “Olhe, nunca na minha vida participei de uma festa daquela!” E assim, foi a primeira, e toda primeira vez é meio complicada, não é? Mas a gente tentou fazer bem organizadozinho, então foi... Para eles, assim, tem um paciente da minha área que é diabético, estava até com o pé machucado, mas ele veio para a festa e tudo. E eu “Ah, seu João, vamos dançar, não está podendo? Então o senhor vai

desfilou, vai ser o rei!” Não tem o rei e a rainha do milho, não é? Aí ele desfilou, na semana seguinte eu fui na casa dele fazer uma visita aí ele disse: “Minha filha, quando é que vai ter outra festa daquela? Aquela foi boa demais. Menina, eu nunca fui a uma festa daquela antes”. Então quer dizer, para a gente foi uma festa tão simples, mas para eles foi... Quer dizer, eles assim, acharam bom porque foi aquela integração entre todos, a maior fofoca, todo mundo trabalhando, então foi muito bom. Então valeu a pena, se trabalhou muito, mas... E até as próprias reuniões aqui, que eles vêm, conversam, contam quem faz isso, quem faz aquilo, na hora sai cada artista que você nem imagina. É poesia, cantam, nossa!

Pesquisador – E4, você tem algo a acrescentar? Quanto às suas expectativas...

E4 – Não, eu já falei demais! Mas a esperança da gente é que realmente, por exemplo, eu não sou muito pessimista não, eu acho que a gente tem muita coisa a melhorar, mas eu acho assim, que daqui a mais um ano as coisas estejam totalmente diferentes, para melhor!

Pesquisador – Você fala da continuidade da implantação, das novas equipes?

E4 – Eu não digo nem... Pelas novas equipes também...

Pesquisador – Ah, você estava falando especificamente de vocês.

E4 – É, para a gente aqui, sabe? Assim, porque eu acho que a vida profissional da gente, como a pessoal também, é um aprendizado. Cada dia a gente vai vendo assim, que aquilo que a gente fazia pode ser melhor, entendeu? Então assim, e aqui a gente procura assim, toda sexta-feira a gente faz reunião, com as 4 equipes, e a gente está sempre preocupada... Eu passo o final de semana e fico pensando numa coisa, então eu não trago essa idéia só para mim, aqui, entendeu? Então eu procuro sempre... E todo mundo é assim, procura sempre trazer, para que as 4 funcionem... Porque o paciente, ele, mesmo que a gente não queira, mas eles acabam comparando, entendeu? Porque se eu sou uma enfermeira atenciosa, a mais atenciosa, se eu tomo uma resolução melhor, ou procuro sempre resolver os problemas dos pacientes, e as outras não fazem isso, então eles comparam, entendeu? Então a gente procura sempre assim, sentar para ver essas questões, lógico que é diferente, porque os seres humanos são diferentes, uns são mais simpáticos, tem gente que me detesta, tem gente que me adora, assim como... Mas a gente procura sempre, assim, fazer uma coisa assim, igual, mais ou menos igual, para ver se não tem tanto isso. Porque se for falar bem, fala bem de todo mundo, se for fala mal, fala mal de todo mundo. E não ficar assim, apontando... É lógico que a gente prefere que falem bem.

Pesquisador – Então suas expectativas são que realmente as coisas melhorem!

E4 – Aí assim, em relação ao ano passado eu já vejo muita coisa boa, principalmente assim, a minha equipe, a gente está tentando, cada dia...

Pesquisador – E diante disso tudo, como fica a questão da resolutividade, E4?

E4 – É como eu já disse a você, tem certas coisas que a gente tem como acompanhar, então, por exemplo, eu sei se teve algum problema durante o pré-natal, sei se ela... Então assim, eu acompanho mais de perto a evolução dessa gestante, quando ela teve o bebê, entendeu? O meu paciente hipertenso, o diabético, aqueles que estão acamados; então a gente tem como acompanhar mais. A questão de resolver coisas que não dependem da gente, aí é que está o problema. Esses encaminhamentos para fora... São muitas coisas que realmente fogem da nossa competência. A gente acaba não dando vencimento... (?) Mas o que a gente pode resolver, eu acho que a gente procura, na medida do possível, resolver. Eu sempre digo assim, muita coisa mudou; o que eu fazia na outra Unidade enquanto enfermeira, eu faço aqui, da mesma forma que eu fazia. Só que a maneira mudou, a organização. Hoje eu sei quem são os meus usuários, se eu quiser fazer um levantamento disso, eu tenho como fazer, entendeu? E

antes eu não tinha. Não tinha como ir buscar as pessoas que não tinham vinham para o atendimento, não é? Então, assim, melhorou.

Anexo

Os distritos sanitários de Natal

