

Clínica do SUS: um estudo de caso sobre a formação do psicólogo em hospital público

Belém, 25.11.2011

Ana Vicentina Santiago de Souza

Resumo

Este artigo é produto da minha dissertação de Mestrado em Psicologia na UFPA, objetiva mostrar uma investigação da prática clínica e institucional do psicólogo na relação ensino-serviço como espaço de produção da integralidade em saúde, no interior do Estágio supervisionado em Psicologia social das Organizações da UFPA e Psicologia da Saúde da UNAMA, no HUIBB/UFPA, buscando contribuir na formação do Psicólogo para atuar no Sistema de Saúde.

O conceito de integralidade na saúde

A definição legal e institucional da integralidade é tida como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde- NOB, 1996). Tal definição só surgiu oito anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trata o termo “integralidade” como atenção integral, sendo este um dos princípios do SUS.

Canguilhem propõe uma reflexão filosófica sobre os métodos e técnicas da medicina e sua análise coloca o homem em um dado meio ambiente, o qual, porém, não é conformado sob as leis definidas pelas ciências, já que estas são abstrações, mas sim constituído por seres e acontecimentos que diversificam estas leis, tendo em vista o caráter dinâmico e polar da vida.

Assim, o conceito de saúde representa muito mais do que a

possibilidade de viver em conformidade com o meio, pois implica a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações.

A integralidade compreendida como acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêutica não convencional, gestão de sistemas e ensino, sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações de saúde de modo integral e humanizado.

Vários “porquês” na escolha do tema

- ✓ Uma longa experiência na área da saúde coletiva, aproveitando a vivência própria (em nível central e periférico do sistema, no momento atual num hospital público de ensino) e permitindo um maior valor agregado de conhecimento como um dispositivo de iluminação à pesquisa de um sujeito implicado subjetivado pelo serviço.
- ✓ Uma grande inquietação ou mal estar ao conviver com as dificuldades na atenção à saúde das pessoas, seja pela grande pressão da demanda aos serviços de saúde, ou, ainda, pela precária interação entre as equipes, principalmente para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas e no cuidado.
- ✓ A formação de pessoal na área da saúde, em particular do psicólogo, que ainda se ressentia de uma participação mais efetiva no debate e na formulação das políticas de saúde, em especial na atenção básica.

- ✓ Os laços entre a Saúde Coletiva e a Psicologia ao pensar a saúde como um fenômeno complexo de produção social e, portanto, pertinente a todos os cenários de atuação do psicólogo, não restrito, pois, àqueles que trabalham diretamente no setor saúde.

- ✓ Por defender que em qualquer nível de atenção deva existir uma articulação entre a lógica da prevenção e a da assistência, de modo a haver uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, estas, por sua vez, envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica de escuta e conversação.

Perspectivas de abordagem

Interesses surgem ao se relacionar a integralidade em saúde e a Psicologia, quando se pensa uma psicologia que não precisa somente do enquadramento de um consultório, mas se amplia como campo de atuação a própria realidade de sua inserção, detendo, por isso, uma visão mais abrangente dos conceitos de saúde.

A integralidade como uma política emergente do SUS, ou seja: de onde surgiram as noções de integralidade, se hoje dispomos de um conjunto satisfatório de soluções para os problemas designados coletivamente como doença? De uma lacuna, um vazio, utilizando uma expressão de Foucault (Arqueologia do Saber) das “superfícies de emergência”, o que estaria faltando?

Mesmo que possa parecer evidente o avanço da tecnologia em diagnóstico e terapêutica nos últimos cinquenta anos, possibilitando um conjunto de soluções para o problema

designado coletivamente como doença, surge um impasse fundamental inerente ao campo da medicina tecnobiomédica, quando esta reduz completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico – “prática muito comum nos serviços de saúde, enquadrando os sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático, como, por exemplo, o diabético, o alcoólatra ou, pior ainda, o número do leito” (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2004; PASSOS, 2001); e, segundo Camargo Júnior (2003), ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido do cuidado por aquele que sofre.

Uma característica da integralidade, como argumenta Camargo Júnior (2003) é que ela foi “construída” mediante um conjunto de tradições argumentativas: tanto um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção da saúde; como a demarcação de princípios na documentação oficial - propostas do Ministério da Saúde, Constituição Federal; e,

por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio.

As abordagens ditas integrais ou integralizadoras correm também o risco de sancionar intervenções normalizadoras indesejáveis. O maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam, numa perspectiva ética e emancipatória.

Segundo Canguilhem:

... a formação dos médicos nas faculdades os prepara muito mal para que admitam que a cura não se determina por intervenções de ordem exclusivamente física ou fisiológica. Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se

estabelecer entre médicos e doentes. Essa relação era considerada, na idade positivista da Medicina, como um resíduo arcaico de magia ou de fetichismo. A reatualização dessa relação deve ser creditada à Psicanálise, e muitos estudos foram feitos de modo a ser útil retornar a isso (CANGUILHEM, 2005, p. 60).

Ou seja, investigando a relação médico-paciente a Psicanálise amplia as possibilidades de instalação da dimensão da integralidade, quando bem utiliza seus recursos teórico-metodológicos, seja na pesquisa, no ensino ou na clínica institucional.

Os depoimentos dos diversos sujeitos envolvidos: o usuário do SUS, o estagiário, o docente e o gestor

Sobre o trabalho interdisciplinar:

“antes nós conseguíamos conversar com o enfermeiro, um ou outro médico, o terapeuta ocupacional, o assistente social; nós sentávamos para resolver as dificuldades do paciente; hoje a gente não faz mais isso”.

Analisa Winnicott: O médico lida com as doenças e se ele cura o paciente da doença, o trabalho está terminado. O analista, ao contrário, precisa ter um sentimento positivo, algo na sua relação com o paciente que não acaba com a cura da doença. Esta preocupação com a existência do ser humano é a base de qualquer desejo de curar que o analista possa ter (WINNICOTT, 1983, p. 204).

“eles não sabem lidar com os problemas de comportamento, precisariam estar melhor preparados humanisticamente”.

Fala sobre o Serviço de Psicologia: *“aqui os psicólogos, como outros doutores, prestam atenção pra gente, tiram as*

dúvidas e tudo que a gente precisa, mas não aceitam que ninguém traga “nóia”, droga ilegal derivada da cocaína.

Quanto ao o que significa estar doente, ou o que faz com que as pessoas adoeçam:

“A doença é uma metáfora que nos fala de algo. Essa tem sempre uma história e marca aquele que a vivencia. É compreendida como uma ruptura no equilíbrio biopsicossocial. Incide no todo do indivíduo, sendo, portanto, somatopsíquica. Traz em si a possibilidade de mudanças e de (re) significar o viver. O que essa úlcera quer dizer? O que o quadro melancólico explicita desse viver? Ela é crise e como crise aponta novos caminhos. Em sua etiologia devemos considerar os fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, etc.” (Supervisora do estágio).

“Acho que a equipe (de saúde) foi vendo que o psicólogo poderia se agregar, fazer parte, entrar no fluxo de atendimento do paciente. Até o final do meu estágio eu percebi que isso mudou um pouco. Até pela forma como os próprios médicos encaminhavam pra gente o paciente, até como eles paravam a gente no corredor, passavam o caso pra gente, dando uma importância maior, reconhecendo um

pouco mais o lugar do atendimento da Psicologia dentro da DIP (depoente 1)”.

Quanto à formação e atuação do psicólogo:

Ao Serviço de Psicologia, de um modo geral, no entanto, demanda-se atuar como uma “sanção normalizadora”, responsável por normalizar um estado de tristeza, de rebeldia, de exaltação.

“uma espécie de criminalização da tristeza. Uma pessoa tá triste, ela tá triste, ora! Quando a pessoa não pode se autorizar ela fica triste, ela fica mal! Agora, existe um limite pra isso, a partir do momento em que essa tristeza passa a interferir na adesão ao tratamento médico-hospitalar é claro que a gente tem que intervir; mas às vezes a pessoa tá precisando de um (simples) carinho” (depoente 3-psicólogo).

“na UFPA nós não tivemos Saúde Pública, a questão de posto de saúde pública, de hospital público ou de psicologia social pública” (depoente 1).

“a gente tem um ensinamento acadêmico de como funciona a psique em estado de internamento, o estado psicológico na questão do internamento, e como podemos utilizar nossa técnica nessa questão, nesse ambiente”, mas “quando dizem pega a teoria e vai para o campo”, então “a gente percebe todo o peso que há” (depoente 1, egresso do curso de Psicologia).

“que eu acho extremamente importante a pessoa fazer” pois “às vezes é uma realidade chocante tu lidares com uma pessoa que tá muito mal, muito triste, mexe contigo, é inevitável”, assim, com o tempo “tu aprendes a lidar melhor com essas questões, que são as tuas questões mobilizadas através das questões de outras pessoas”, o que permite “um crescimento absurdo” (depoente 3, egresso do curso de Psicologia).

aqui a gente vê coisas que nunca imagina que vão acontecer, não só em relação à situação de doença, mas com relação à história de vida, mesmo; pessoas com histórias de vida tão difíceis, mas ainda com seus recursos internos de enfrentamento, de querer superar (depoente 2, discente da UNAMA).

“eu costumo dizer que o Barros Barreto, com todas as doenças feias que ele pode ter, com todas as histórias difíceis que ele nos apresenta, pra mim ele é um convite à vida; essa experiência toda me serviu como um convite a valorizar a vida, a pensar coisas na minha vida” (depoente 2).

“na DIP a gente sempre tá tentando conversar com o terapeuta ocupacional, o enfermeiro, o assistente social, os médicos, também; não tem um dia específico de reunir para conversar sobre isso; depende muito de cada profissional, querer trocar informações” (depoente 1). Em outro depoimento: “Eu não consigo perceber o trabalho interdisciplinar; a gente tem comunicação com outros profissionais, mas é uma coisa mais de solicitação; eu vejo que não é uma comunicação interdisciplinar, por exemplo, dificilmente tem um diagnóstico participativo, construção terapêutica participativa, isso não tem, é cada um fazendo o seu trabalho de forma individual” (depoente 2).

“nos dividimos em grupos pra ter a supervisão; a gente fala nosso caso clínico pra ela, do nosso paciente, as questões psicológicas que esse paciente traz, e ela com seu conhecimento maior acaba expondo coisas que a gente não enxerga durante o atendimento; a partir disso, ela orienta, cria rumos pra que a gente possa investigar” (depoente 4),

“a nossa supervisora nos orientou a não atendermos em clínica que não tivesse orientador de campo, ou que esse orientador já não tivesse uma boa experiência para nos orientar; acho que isso foi de uma responsabilidade incrível dela, porque, apesar de a gente ter a supervisão com ela semanalmente, mas quem está ali no dia-a-dia, resolvendo as broncas cotidianas é o orientador de campo” (depoente 2),

A clínica do SUS: é possível integralidade em saúde na formação de profissionais em saúde?

O diálogo sobre a noção da integralidade em saúde na formação do psicólogo partiu das questões: a formação do psicólogo no contexto hospitalar está próxima da atenção integral? A prática clínica do psicólogo na relação ensino-serviço é um espaço de produção da integralidade?

O conjunto desses dados e informações levantados permite uma análise sob duas perspectivas: a primeira refere-se à apropriação da noção de integralidade em saúde pelos discentes e a segunda, como se configuram as condições no hospital para que ela ocorra, ou seja, como é revelado o fluxo de atendimento do usuário atendido pelo serviço.

A grande maioria prende-se a idéias conceituais genéricas de equilíbrio das diversas instâncias, ou ao controle dos fatores biológicos e emocionais como uma iniciativa do indivíduo

em termos de cuidados com alimentação, exercícios físicos, comunicação interpessoal - o que traduz um privilégio do campo da biologia humana e o dos estilos de vida como principais determinantes do processo, em detrimento do meio ambiente, da subjetividade dos sujeitos, da organização da atenção e das condições sócio-político-econômicas da população.

Entende-se que os estágios de Psicologia envolvidos no estudo, mesmo com os avanços já aqui expostos, requerem maiores iniciativas propiciadoras da revisão dos conteúdos curriculares para que os alunos tenham acesso aos conhecimentos do funcionamento do SUS, atendendo as linhas de prevenção em instalações sanitárias da rede básica, numa gama de conhecimentos de Saúde Coletiva.

Na medida em que a mudança na formação profissional na área da saúde deve ser permanentemente renovada, dada a necessidade de adequação às demandas de um sistema de saúde que envolve sempre alterações, a consolidação desse

processo requer, a meu ver, o enfrentamento de alguns desafios além da implantação das diretrizes curriculares, como: a formação e educação permanente de docentes, a introdução de inovações pedagógicas no processo ensino-aprendizagem, a exemplo da aplicação de metodologias ativas, e a inserção dos docentes e alunos nas práticas próprias da rede de serviços de saúde.

Em se tratando das demandas originadas na equipe de saúde, no HUIBB há uma lógica das profissões em que os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais, os psicólogos, os fisioterapeutas e outros profissionais, com atuação direta na assistência ao paciente, conversam, articulam, trocam opiniões e pareceres, buscam apoio entre seus pares, mas dentro de cada segmento, percebendo-se que a equipe se movimenta fragmentadamente, embora possa ocorrer, pela experiência demonstrada, uma integração entre os profissionais de maneira informal na atenção aos pacientes. Pela visão dos discentes o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no sentido do seu

reconhecimento como estratégia essencial de atendimento é, infelizmente, ainda pouco consistente como rotina institucional.

O predomínio do discurso médico sobre os demais, traduzindo a hegemonia do orgânico sobre o psíquico e, mesmo, sobre o subjetivo, certamente conduz ao distanciamento da integralidade. Winnicott já considerava os diferentes papéis entre médicos e psicólogos e a própria pesquisa de campo quando realizada junto ao grupo de adesão indicava claramente essa distinção, mas ao longo da investigação já foi possível constatar um crescente interesse, sobretudo dos médicos residentes, na mudança desse quadro.

A atuação do psicólogo freqüentemente é requisitada quando o paciente está **“atrapalhando, perturbando”** o trabalho curativo, sendo visto, portanto, ainda como **“uma sanção normalizadora”**, responsável por normalizar um estado de tristeza, de rebeldia, de exaltação. O que denota a

necessidade dos demais profissionais de saúde assimilarem melhor o atendimento psicológico como uma parte essencial do cuidado e da atenção que o usuário requer como condição fundamental e humanizadora para a recuperação da saúde.

A dinâmica hospitalar, fundada no modelo de rígida disciplina, hierarquia, controle e manipulação, destitui o paciente de qualquer privacidade. No hospital público, onde predominam os ambientes coletivos, essa realidade assume contornos ainda mais contundentes. Um ambiente devassado, um atravessamento de atividades profissionais, uma gama enorme de implicações, interferências e pluralidade de situações compromete os pacientes em suas defesas físicas e psíquicas.

Essas questões me levam, então, a pensar se não seria um bom momento para se buscar um modelo, a partir da **clínica institucional**, que permitisse visualizar a especificidade própria de cada espaço de produção da saúde no hospital e

destacar, em cada um desses contextos, os elementos visando uma outra organização. Um trabalho com este objetivo penso que seria indispensável tanto para o serviço de psicologia no HUIBB, quanto para a orientação dos estagiários e profissionais, concebendo o conceito de **provisão ambiental**, da teoria winnicottiana, **que remete para a idéia de uma atuação preventiva como uma solução buscada para a integralidade em saúde.**

É importante que as instituições de saúde, em especial o hospital, possam ser vistas como **espaços de produção de tecnologias capazes de contribuir para a autonomia dos sujeitos doentes, e não apenas como espaço de treinamento das práticas de ensino.**

No que concerne à gestão assistencial, também ela constitui um fator importante no estabelecimento de condições para a efetividade da atenção integral, embora encarada como uma competência bastante restrita de resolver os problemas do dia-a-dia da instituição, que não são poucos, como a

superlotação de leitos, a falta de médicos em ambulatórios, nas enfermarias e, principalmente, muitas dificuldades com os equipamentos sucateados e a falta de recurso para reposição.

Em minha opinião torna-se, pois, indispensável na discussão da integralidade em sua relação com a gestão hospitalar, entender alguns mecanismos que norteiam as redes de cuidado ao usuário e os resultados da pesquisa indicam a criação de pontos de contato entre as lógicas da profissão, como médicos, enfermeiros e demais profissionais, como necessários para que o cuidado se realize.

Outro mecanismo é o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado, articulando e encaminhando todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisionando as condições de hotelaria, dialogando com a família, regulando a circulação do paciente entre as áreas, entre outros. Muitas vezes são as

enfermeiras ou auxiliares que desempenham uma função de “maternagem”, que neutraliza a frieza e objetividade médicas, no que concordo com Vilhena, ao analisar Winnicott.

Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é essencial, pois, a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, desse modo, são valiosas as contribuições desses diferenciados campos do conhecimento como acréscimos de referenciais e de espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que aí são produzidos, com a subjetividade e com os aspectos relacionais da prática.

O estudo demonstra, assim, que a produção da integralidade na prática clínica do psicólogo no ambiente hospitalar observado é viável e mesmo desejável tanto pelo psicólogo em formação, como pelos demais profissionais da equipe de saúde, por haver uma consciência razoavelmente

disseminada da importância do conjunto desses procedimentos para uma atenção mais humanizada e comprometida com o usuário como sujeito e para os distintos modos de subjetivação psicopatológicos, que constituem a categoria teórico-metodológica para uma eficácia psicoterápica.

Contudo, até pelo próprio caráter recente de introdução dos conteúdos de Saúde Coletiva, em especial a Epidemiologia, nos estágios de Psicologia no HUIBB, trata-se, sem dúvida, de um processo em plena construção. E se a Psicologia quer pelo trabalho dos profissionais atuantes, quer por meio do estágio formativo dos discentes, procura continuamente evoluir na aproximação a essa práxis, aspectos e etapas diversos precisam ainda ser vencidos, num exercício constante de elaboração e reelaboração de práticas coletivas e construção de dispositivos clínicos para dar conta dos modos de subjetivação psicopatológicos encontrados entre os sujeitos envolvidos, os quais não dependem de iniciativas isoladas, mas de apropriações

conjuntas de conhecimentos e experiências dos vários profissionais mobilizados no atendimento em saúde.

A abordagem sobre atenção integral à saúde na formação de psicólogos tratada neste trabalho acrescenta aos determinantes sociais que promovem a saúde o acolhimento e a humanização da atenção, o conceito de cuidado e de provisão ambiental, a subjetividade dos sujeitos e a valorização da sua cultura. Creio que nesse contexto os sujeitos dispõem mais facilmente de meios e mecanismos que lhes possibilitem viver o processo saúde-doença como experiências concretas e enriquecedoras sobre os modos de **“levar a vida”**, parafraseando Canguilhem.