



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MAIK MOURA BORGES

INTEGRALIDADE DO CUIDADO: DA SAÚDE DO TRABALHADOR À SAÚDE DOS
USUÁRIOS.

SÃO PAULO
2020

MAIK MOURA BORGES

INTEGRALIDADE DO CUIDADO: DA SAÚDE DO TRABALHADOR À SAÚDE DOS
USUÁRIOS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

Partindo de situações práticas do dia a dia de uma Unidade de Saúde da Família analiso situações que revelam das singularidades daquela instituição. Tem-se o objetivo de mostrar que o discurso médico e sua epistemologia tem seu poder e suas limitações que nos coloca a pensar no enfrentamento dos desafios na atenção básica. Destaca-se que a existência de vários discursos permeiam as relações interpessoais e seu reconhecimento se torna importante para a não cristalização de sintomas institucionais, burocratização das rotinas de atendimento e não abordagem de um cuidado em saúde que leve em consideração os vários aspectos que constituem a integralidade do cuidado norteando os atos e ações dos profissionais de saúde. Com este projeto espera-se desenvolver ações de fortalecimento e instituição de espaço para reuniões e trabalho em equipe e trocas de experiências, para refletir na qualificação e na integralidade do cuidado.

Palavra-chave

Unidade Básica de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Serviços de Saúde. Saúde Mental.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) encontramos inúmeros desafios que vão desde os de ordem física como falta de equipamentos e má condição de trabalho, os de ordem técnica como a alta demanda e a carência ou não existência de rede de apoio efetiva (equipe multiprofissional e especialidades, por exemplo) ou os de ordem relacional, que tangem aspectos do relacionamento interpessoal, tanto entre os membros da equipe quanto desses com a população usuária do serviço. Acrescenta-se a essa realidade situações que dou importância e destaque, sendo a partir delas que tentarei pensar algumas questões que são: a grande quantidade de usuários que estão semanalmente “frequentando” a UBS, a recorrência de usuários que verbalmente manifestam agressividade contra membros da equipe, roubos de objetos na UBS.

Por outro lado, ao se escutar um a um os membros da equipe desta UBS ouve-se, em número considerável, que a maior dificuldade enfrentada no trabalho é “lidar com as pessoas”, aspecto que envolve comunicação ineficaz entre os membros da equipe, desautorização dos trabalhadores da UBS pela gestão municipal com ações assistencialistas a alguns pacientes (os que demandam e reclamam muito, abrem muita ouvidoria), lidar com pacientes que estão em frequência alta na UBS, lidar com usuários nomeados como autores de “piti” que muito demandam e são resistente a seguir regras e fluxos que deveriam valer para todos, lidar com violência verbal, rispidez e mal trato dos usuários etc.

Foi nesse contexto que me propus a considerar o que sustenta tais acontecimentos e como revelador de algo oculto que faria sua função nas entrelinhas do discurso, que por estar excluído do instituído revelaria algo de singular do sujeito (FERNANDES, 2013) expondo que a ausência de palavras deixa sem borda ao mal-estar existente, restando apenas atos e ações para lidar com ele. Assim, fez-se necessário um olhar que não desconsiderasse a subjetividade dos sujeitos e fosse capaz de tomar nota dos sintomas estruturados historicamente na instituição de saúde, que não subestimasse o sofrimento psíquico tanto dos membros da equipe quanto da população usuária.

Para tanto pretendo aqui articular algumas ideias e possíveis ações que envolvem: tomar posse do conceito de integralidade, um dos cinco princípios básicos para a implementação/invenção das diretrizes orientadores do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); analisar o papel que o discurso médico e a racionalidade diagnóstica vigente (DUNKER, 2013) desempenha e como relaciona-los com o mal-estar, o sofrimento e o sintoma de nossa atual cultura, em especial o refletido no cuidado à saúde nesta UBS; propor saídas viáveis para a existência de escuta do sofrimento psíquico; o papel de outros discursos além do discurso médico/discurso universitário, em especial o papel do discurso analítico na ampliação do conceito de integralidade no cuidado ao sujeito.

ESTUDO DA LITERATURA

É notório a importância dos processos intersubjetivos e inconscientes nos serviços de saúde uma vez que trabalhar em saúde exige imensa elaboração psíquica, envolvendo formações do inconsciente como identificações, fantasias e sintomas (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008). Não é desconhecida a carga de sofrimento psíquico que o trabalhador da saúde é exposto e o quanto isso influencia nas ações de cuidado de si e dos outros.

Considerar a subjetividade se faz importante, principalmente considerando que tal atenção esteja aparentemente na contramão de fluxos, protocolos tão comuns na nossa prática que, no entanto, ignora a singularidade de cada sujeito. Não ignorar a dimensão subjetiva que é intrínseca aos sujeitos é dar voz ao que está silenciado, alheado e desqualificado e que nem por isso deixa de existir e de se manifestar. É característico do próprio discurso médico ignorar tais aspectos, uma vez que se faz necessário traduzir o que o paciente diz em termos e referências do campo da biomedicina, modelo calcado no corpo e na doença que foi fundado no final do século 18, época em que a medicina deixa de ser classificatória para tornar-se anátomo-clínica, surgindo, assim, a medicina moderna (FOUCAULT, 1977). A total primazia do biológico sobre os demais deixa excluído as manifestações não explicadas a partir do modelo doença-lesão, o que se torna um problema para o diagnóstico, colocando em cheque o saber médico (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

É neste território que termos como histeria, “distúrbio neurovegetativo”(DNV), “somatização” e “neurose conversiva”, por exemplo, surgem em caráter declaradamente pejorativo para designar paciente que aparentemente não tem nada, nenhuma lesão ou disjunção que desse conta de explicar as queixas do paciente. Tais paciente ocupam, assim, lugar de marginalidade na prática médica, não conseguindo se encaixar nos tratamentos oferecidos pelas instituições de saúde. Porém, como observa Camargo Jr. tal terminologia não é pertinente pois é o sistema institucional que não consegue responder as demandas apresentadas (CAMARGO JR., 1992). Esses pacientes com seus sintomas que podem desaparecer sem intervenção médica ou persistirem mesmo utilizando todos os recursos da medicina disponíveis fazem furo no saber médico (MORETTO, 2008) havendo algo que escapa a este saber, que não se inscreve no discurso médico. Para dar conta de situações assim que o paciente perambula por serviços de saúde, entre especialidades, exames complementares que nada revelam. Não incomum estes pacientes serem tratados com medicações psiquiátricas o que condiz com os crescentes gastos que há no campo de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e que apesar dos enormes avanços na indústria farmacêutica um modelo de tratamento baseado apenas ou majoritariamente no fármaco tem suas limitações, tal como podemos observar na prática clínica.

Tais observações dão bases teóricas para pensar algumas problemáticas no território da UBS em questão, que passam por cristalização de comportamentos, burocratização do atendimento e uma dificuldade enorme em escutar o que o paciente traz em forma de demanda aliado a uma suposta necessidade de suplantar, atender e eliminar tal demanda em todo custo e nisto se procede escutando mal, conduzindo mal e torando a rotina de atendimento pouco eficiente e pouco eficaz no que se diz do cuidado em saúde que se propõe a atenção básica, tal como observa Fernandes (FERNANDES, 2013).

AÇÕES

Diante da necessidade de melhora da comunicação entre os membros da equipe de saúde e da comunicação desses com os usuários da UBS e sabendo que tais sintomas da instituição soma-se a padrões de comportamento repetitivos e não eficientes tem-se um desafio enorme que passa por dar voz a essa equipe de saúde, reconhecer o saber de cada integrante e despertar um novo olhar, uma nova forma de escuta que seja menos alienada a padrões antigos e favorecidos pelas rotinas burocráticas e empecilhos que partem de uma gestão excessivamente verticalizada que desconsidera a especificidade e características daquela unidade de saúde. Lidar com isso demanda um projeto de médio prazo, no qual somente um desejo coletivo seria capaz de trazer mudanças nos discursos já cristalizados.

Para tanto se faz proposições que envolvem:

1) Ressaltar a importância de Reuniões de Equipe no qual haja espaço de escuta dos profissionais de saúde, e não somente de questões relativas aos cuidados de saúde dos usuários. Ou seja, um espaço de cuidado para o próprio trabalhador. Uma inspiração para tal trabalho é o Projeto Abracadabra da Rede de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura do Fórum do Campo Lacaniano, São Paulo - SP. Tal projeto compreende módulos nos quais educadores tem espaço de fala e escuta considerando a psicanálise lacaniana como orientador teórico. Tal abordagem com encontros mensais propõe uma ampliação do olhar, despertando novas possibilidades de ouvir e falar, percebendo-se a si e ao outro com menos identificações, não ignorando questões que passam pelo inconsciente e que se fazem muito presente no dia a dia dos atendimentos.

2) Destacar através de tais encontros que a equipe experimente do que se diz e do que se trata os discursos que circulam no ambiente de trabalho devido a importância que nós enquanto profissionais de saúde temos em não favorecer um discurso único, mas perceber a existência dos vários discursos. É necessário destacar que acolher uma demanda do paciente não se diz necessariamente resolver sua demanda, mas dar um encaminhamento possível a demanda recebida. Muito comum, por exemplo, vemos pacientes eu que vão à UBS apenas buscando medicação, o qual o sujeito quer apenas consumir, mascarando a presença do discurso capitalista no exemplo. Não cabe ao profissional apenas responder a esta demanda, mas considerar a possibilidade de não responder a tal demanda estando no mesmo discurso (atendendo o desejo do paciente de tal remédio) mas se posicionar dentro da sua ética o que tal demanda traduz do desejo do paciente.

3) Na prática individual de atendimento destaco a necessidade de deslocar a posição do discurso médico que tudo sabe do paciente, de seu corpo e de sua doença. Destaco isso por ser perceptível algo que chamo de "terceirização do corpo", situação em que o paciente nega o seu saber de si próprio para deixar este saber a cargo do médico que supostamente tem um conhecimento absoluto, total do paciente. Tal postura, nada incomum, sustenta um não comprometimento do paciente com seu tratamento, com sua saúde e consigo próprio. É papel do profissional de saúde ter ações que colaborem com um deslocamento no discurso do paciente, que seja possível ele deixar a posição de queixoso e descomprometido para uma posição em que o paciente seja responsável e agente ativo de sua saúde e de tratamento. É tomar o que o paciente traz e devolver não apenas de uma maneira prescritiva, verticalizada. Exemplo: paciente diabético que diz ser muito preocupado com sua saúde, com seu diabetes, mas na mesma consulta conta dos maus hábitos alimentares que

tem e ignora. Tal situação seria comum o médico descrever as complicações as quais o diabético está exposto, como lesão renal, hemodiálise, perda de membros etc. Entendo aqui que informação se faz importante, mas uma postura prescritiva não vai ao encontro de provocar mudança de discurso. Questionar o paciente a partir de sua fala, nas suas próprias contradições, favorece uma mudança de comportamento em que o paciente possa ser responsável e não apenas aquele que demanda ao outro o que ele não consegue fazer por si.

RESULTADOS ESPERADOS

Com esse projeto, espera-se fortalecer a equipe, através da consolidação de espaço para planejamento do cuidado e troca de experiências. Além disso, espera-se que este espaço instituído fortalecido, reflita em ações de cuidado em saúde mais humanizadas, qualificadas, viabilizando a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 203-230, 1992. DOI 10.1590/s0103-73311992000100008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311992000100008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 fev. 2020.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. [S.l.: s.n.], 2015.

FERNANDES, Verônica Alves. **CONTRIBUIÇÕES DA ÉTICA DA PSICANÁLISE PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**. . [s.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/27933/19689>.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. **Microfísica do Poder**. [s.l.: s.n.], 1977.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, dez. 2006. DOI 10.1590/S1413-81232006000400030. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humanizados SUS - Saude mental**. [s.l.: s.n.], 2015. v. 5. Disponível em: http://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-5-Saude-Mental.pdf%0Ahttp://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf.

SÁ, Marilene De Castilho; CARRETEIRO, Teresa Cristina; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Limites do cuidado: Representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, 2008. DOI 10.1590/S0102-311X2008000600014. .