

## **(Des) Encontros na rede de cuidados em saúde**

*(Dis) Encounters in the health care system*

### **RESUMO**

Este relato propõe discutir os encontros e desencontros entre profissionais de saúde no serviço público, atentando para os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e para as contribuições da equipe interdisciplinar, a partir de um recorte do grupo de promoção da saúde na infância em uma Unidade Básica de Saúde no interior de Minas Gerais. O texto conta a história de Lucas, que experimenta, de forma desarticulada, vários pontos da rede de saúde, trilhando um curto caminho entre o relatório da escola, o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a consequente medicalização. A reflexão sobre esse caminho e os desencontros nele experimentados possibilita, a nosso ver, a construção de um serviço de saúde ampliado.

**Palavras-chave:** Psicologia em saúde. Integralidade. Promoção da saúde.

### **ABSTRACT**

This experience report aims to discuss the similarities and differences between the health public servants, paying attention to the principles of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) and to the contributions of the interdisciplinary team, based on a sample from the promoting health in childhood in a Basic Health Unit from a city in Minas Gerais state, Brasil. This report is about Lucas, who disjointedly experience different parts of the health system and track a short way between the school report, the diagnosis of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD) and the consequent medicalization. The reflection about the misunderstandings experienced allows the construction of an expanded health service.

**Keywords:** Health psychology. Integrality. Health promotion.

Tayná Portilho do Prado

Graduada em Psicologia e graduanda em Artes Visuais pela Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil; psicóloga do Ambulatório Hebert de Souza da Prefeitura Municipal de Uberlândia (tay\_portilho@hotmail.com).

Eliane Regina Pereira

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil; professora adjunta II do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia; integrante do Núcleo de Psicologia Preventiva e da Saúde (pereira.elianeregina@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

Pequena fila com grande rotatividade para atendimento na recepção. Serviços burocráticos de coleta de informações e montagem de fichas de pacientes. Na sala de espera, muitas pessoas aguardam. A idosa que, frequentemente, busca atendimento no serviço transita por ali. Enfermeiros apressados. Coleta de sangue. Salas ocupadas. Especialistas atendem a portas fechadas por meia hora, dez minutos, talvez. Pesagem das grávidas. E na televisão, pequena e

de som baixo, o jornal da manhã e, depois, o programa de culinária também é rotina por ali. Esse é um retrato das frequentes sextas-feiras em que estivemos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para o encontro com grupo de promoção da saúde na infância.

O grupo oferecia um espaço semanal de atendimento para crianças de 7 a 12 anos, em que a participação era livre, sem inscrições e cobranças de presença. A cada nova semana, novas crianças realizavam as atividades propostas e, assim, os encontros eram únicos, não sendo restritos a atividades anteriores. Essa experiência tornou-se inusitada por acontecer no estacionamento da unidade e por permitir grande mobilidade aos participantes, interferindo de forma frequente na cena descrita anteriormente.

Ao discutir significados para o conjunto experiência/sentido, Bondía (2002, p. 21) propõe uma análise do termo “experiência” e seu significado, de modo que ele represente mais do que o que se passa, o que acontece e o que toca, e sim o que nos passa, o que nos acontece e o que nos toca. E continua: “A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, nada nos acontece”.

O autor ainda aponta fatores que nos afastam da possibilidade de sermos afetados, ter experiências e produzir sentidos, a saber: excesso de informação, de opiniões, falta de tempo e excesso de trabalho (BONDÍA, 2002). Essas características são comuns aos espaços de saúde e criam um cotidiano cristalizado, difícil de ser transformado. Assim, o estranhamento causado pelo grupo de promoção da saúde na infância não foi suficiente para realizar a pausa necessária para que esse encontro tornasse uma “experiência” para todos os profissionais da equipe multiprofissional.

Nesse sentido, as atividades desenvolvidas na construção do serviço de saúde requerem outra vivência do tempo, necessitando de pausas e reflexões como se voltasse às cenas, revivendo e (re)significando-as.

Na tentativa de fazer essa pausa, que permite um olhar atento às situações cotidianas que foram e poderão ser vividas, este texto propõe discutir os encontros e desencontros entre profissionais da rede de saúde a partir de um recorte do grupo de promoção da saúde na infância, em que apresentamos Lucas, o qual participou de quase todos os encontros do grupo.

O menino percorreu um curto caminho entre um relatório da escola e a medicalização diante do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo que, nesse processo, ele presenciou a rede de saúde de forma desarticulada. Refletir sobre esse caminho e os desencontros nele experimentados, atentando para os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e para as contribuições do trabalho interdisciplinar, possibilita pensar a construção de um serviço de saúde ampliado.

## **Olhares teóricos**

É recente a concepção abrangente de saúde que engloba os diversos aspectos da vida do sujeito para além do campo biológico, contando com múltiplas influências históricas de sua vida, e afastando-se da concepção de que ela é meramente ausência de doença. Essa transformação da visão do processo saúde-doença convidou a sociedade a repensar e reestruturar os serviços destinados à atenção em saúde, e o atual modelo nacional de suporte a ela surge nesse contexto.

Assim, a criação do SUS é contemporânea e suas práticas, baseadas em princípios e diretrizes gerais, são consolidadas no fazer, isto é, na rotina dos serviços que compõe os vários pontos constituintes da rede (FRUTUOSO; SAUR, 2012).

O Ministério da Saúde (2007) aponta para a humanização da atenção e da gestão do SUS bem como para a criação de instrumentos, para que tanto a atenção quanto a gestão sejam pensadas juntas, com o objetivo de garantir a qualidade do serviço oferecido no SUS. Nesse sentido, apresenta-se a Clínica Ampliada, na busca por entender a

saúde e, conseqüentemente, o serviço para além do recorte biológico, convidando todos os profissionais da saúde e o próprio usuário a serem protagonistas, ressaltando suas especialidades e saberes ao mesmo tempo em que proporciona uma visão geral das atuações e do próprio serviço.

O diálogo proposto entre os sujeitos tem como reflexo a construção de um trabalho em equipe, preparando seus integrantes, principalmente os profissionais, para os diversos desafios que compõe a prática, tendo em vista a sua complexidade. Destacam-se, ainda, as conseqüências dessa proposta para os vários serviços de rede, de modo a integrá-los com responsabilização e compartilhamento no lugar de simples encaminhamentos.

O trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é necessário à realização das ações de Atenção Básica, tal qual aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Dessa forma, o que significa desenvolver, de fato, um trabalho de forma interdisciplinar e em equipe?

O trabalho interdisciplinar consiste na corresponsabilização entre os componentes da equipe e dos serviços com seus usuários, em uma perspectiva longitudinal. Portanto, é preciso mais do que apenas a soma de especialidades compartilhando o mesmo espaço, no qual predomina a visão isolada do sujeito com base em cada saber, tal qual prevê o trabalho multidisciplinar.

Além disso, observa-se a importância de facilitar a comunicação e fazer dialogar as diferentes especialidades e profissões, diminuindo a fragmentação cada vez mais comum nos vários campos do conhecimento, visto que nenhuma especialidade isolada garante uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Entretanto, observa-se que alguns serviços de saúde têm sido estruturados de modo que contribuem com a criação de obstáculos, prejudicando a efetivação dessa proposta. Tais obstáculos são encontrados em serviços com alto grau de departamentalização, falta de clareza na atribuição dos papéis de cada profissional, imposição de normas e protocolos em espaços de circulação, concentração de poder, falta de cogestão, entre outros (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Esses obstáculos devem ser enxergados, entendidos e, na medida do

possível, minimizados ou eliminados, uma vez que eles podem gerar impactos negativos no serviço oferecido e no seu usuário, como apresentado a seguir.

## Olhares práticos

O que dá o verdadeiro sentido ao encontro é a busca, e é preciso andar muito para se alcançar o que está perto.

José Saramago, *Todos os nomes*, p. 35

Durante um ano, realizamos grupos semanais de promoção da saúde com crianças na faixa etária de 7 a 12 anos, na área externa da Unidade Básica de Saúde (UBS), em um gramado com árvores atrás do estacionamento. Apesar da frequência de encontros, o grupo acabava por intervir nessa rotina, transformando-a, o que, muitas vezes, causava estranhamentos.

Vale ressaltar que o atendimento em grupo não era prioridade nessa unidade, de modo que as duas psicólogas do serviço se revezavam entre os atendimentos individuais de crianças, adolescentes e adultos, o que resultou em uma lista de espera numerosa. Diante da demanda existente, propusemos o grupo como um projeto de extensão do curso de Psicologia e a equipe contava com duas estagiárias que coordenavam os encontros e uma professora/supervisora. Entretanto, entendíamos que estávamos inseridas no contexto de um serviço e que a equipe era, portanto, maior. Com isso, apresentamos a proposta para psicólogas, assistentes sociais, enfermeiros, pediatras e coordenadores, a fim de que fossem realizados os encaminhamentos necessários para nossa atividade. Além disso, realizamos visitas e promovemos atividades nas escolas da região, explicando a proposta para os professores e convidando as crianças, de forma mais atrativa, com bexigas, balas e brincadeiras. Por fim, experienciamos o território, visitando igrejas, associação de moradores, supermercados do bairro para convidar mais crianças.

Os encontros tinham duração de 3 horas, que se dividiam em três momentos: o primeiro, de contação de histórias, em que escolhíamos aquelas que possibilitavam abertura para criação; o segundo, de produção, em que oferecíamos vários materiais (tinta, lápis de cor, massa de modelar, revistas, argila, materiais recicláveis) para que

elas produzissem suas compreensões das histórias; e o terceiro, de compartilhar, em que as produções eram compartilhadas, proporcionando um momento de reflexão. Os três momentos dos encontros foram sempre atravessados por conversas instigantes e questionadoras, proporcionando reflexões sobre as histórias e as vidas das crianças.

<sup>1</sup> O nome utilizado neste artigo é fictício e, por se tratar de um relato de experiência, temos a aquiescência da Instituição e dos participantes sobre os registros em diário de campo e o uso das falas em supervisões e publicações científicas.

As atividades eram planejadas e supervisionadas anteriormente, porém, por se tratar de um grupo que oportunizava espaços de vivências estéticas às crianças, o momento da atividade era marcado pelo modo como elas se apropriavam das propostas, de forma que sempre havia a possibilidade de vivermos algo inesperado, como, por exemplo, brincar de pega-pega com as mãos cheias de tinta.

Assim, práticas diferenciadas e olhares também diferenciados – a ponto de causar estranhamento – compartilharam um mesmo espaço, sem, entretanto, se cruzarem em vários momentos, atravessando os usuários do serviço de diversas formas. Lucas<sup>1</sup> personagem principal desse recorte, é uma criança de sete anos que circulou por vários espaços de cuidados em sua vida. O menino, que passou seus cinco primeiros anos morando em um hospital (em outro país) quase sem a presença da família, vive agora com os avós no Brasil e chegou até o grupo por nós coordenado por meio de encaminhamento feito pela psicóloga da UBS, que já o atendia em decorrência de queixas escolares.

A rotina de Lucas transita entre a escola, a família, o hospital – considerando a necessidade de exames de acompanhamento em decorrência de um problema de intestino que gerou sua hospitalização desde o nascimento – os atendimentos periódicos feitos pela psicóloga da UBS e o grupo semanal de promoção da saúde.

Por experienciar muitos pontos da rede, o caminho de Lucas, que será apresentado a seguir, até o diagnóstico de TDAH e, conseqüentemente, à medicalização, nos convida a refletir sobre a articulação entre os profissionais de saúde no serviço público, repensando as equipes multiprofissionais a partir dos princípios do SUS. Os recortes que compõe esse caminho são marcados pelos afetos experienciados na construção e na trajetória desse serviço.

Lucas chegou ao grupo em seu segundo encontro e chamou a atenção de todos, incomodando-nos ao se mostrar inquieto e pouco

participativo com a proposta do encontro, por isso, rapidamente foi nomeado como “custoso” pelos demais participantes do grupo. Como o grupo era aberto, a cada semana novas crianças eram recebidas, assim como havia a desistência de outras. O menino retornou em todas as semanas em que os encontros ocorreram e, nesse período, buscamos ofertar a ele outros lugares para que tanto ele quanto os colegas pudessem nomeá-lo diferentemente.

De fato, essa posição rígida de “menino custoso” foi se alterando e Lucas passou a ser nomeado por nós e pelos demais participantes dos encontros como alegre, corajoso, sensível, criativo, amoroso, educado, inteligente e persistente.

No 18º encontro, o avô do menino contou, em uma conversa informal, que começou a administrar Ritalina para ele após o diagnóstico de TDAH feito por uma neuropediatra. Por discordarmos da necessidade da medicação, buscamos diálogos com outros profissionais que tinham contato com Lucas.

A psicóloga, que atendia Lucas individualmente em sessões de trinta minutos, esclareceu alguns pontos da história do menino e disse não concordar com o diagnóstico realizado pela neuropediatra. Entretanto, apesar de saber que a medicação estava sendo oferecida, ela não se posicionou diante da médica ou da família, reforçando, assim, o rótulo atribuído a Lucas.

Nossa conversa com a psicóloga foi importante, uma vez que juntos questionamos e (re)pensamos a história de Lucas, (re)significando-a a partir do que o menino mostrava em nossos encontros. Diante disso, movimentos de inconformidade com esses fatos pareceram renascer na psicóloga, um incômodo com a medicalização como primeira opção, que havia sido naturalizado pelo peso do cotidiano e da profissão.

Os olhares sobre as experiências promovidas dentro de uma UBS e os pontos de vista decorrentes delas se encontraram. Ocorreu, então, um movimento muito importante com essa profissional, que, no decorrer da conversa, foi percebendo e refletindo sobre quão limitada estava sendo sua atuação frente a essa criança, e assim, passou a nos enxergar como parceiras do trabalho de promover saúde. Mas, então, nos questionamos: como profissionais da saúde que atendem o mesmo paciente sequer conversam? Por que a psicóloga nunca questionou o

uso dos medicamentos, apesar de discordar de sua necessidade efetiva?

A resposta a essas questões nos parece fácil. O trabalho da equipe de saúde permanece multiprofissional, apresentando as “funções” de cada uma das especializações que se somam de forma insuficiente e desarticulada, não oferecendo o cuidado necessário que o usuário do serviço necessita.

Lucas passou, ainda, por duas escolas. A primeira, uma escola pública da cidade, onde iniciou sua vida escolar e teve abertura para estabelecer relações com outras crianças brasileiras. Era o contato inicial com essa cultura e seus contextos. Nessa escola, o menino teve dificuldades de aprendizagem e de relacionamento, sendo frequentes os episódios em que mordida os colegas. Diante disso, a escola o encaminhou para o atendimento neurológico especializado.

Insatisfeito com o cuidado recebido por Lucas nessa escola, o avô do menino o matriculou em uma escola particular, que se caracterizava por ser um espaço menor, com um número também menor de crianças por turma e que dispensava mais atenção aos seus alunos. Na tentativa de nos apropriarmos do caminho percorrido por Lucas nesse processo, entramos em contato com essa segunda escola, onde o menino ainda estuda.

De acordo com a professora de Lucas, o menino não deveria ser medicado, mas entendia que cabia à família tomar essa decisão, já que não cabia à escola dar direcionamentos desse tipo. Ainda assim, contamos sobre Lucas como um garoto que apresentou saltos significativos na aprendizagem desde que chegou à escola e que responde às demandas escolares e relacionais como os demais alunos.

Ela não observou melhoras com o uso da medicação e o trabalho que tinha antes para diminuir sua agitação e voltar a sua atenção para as atividades propostas se transformou em um trabalho que busca motivá-lo, tornar as propostas atraentes, já que agora o menino está menos animado. Se a equipe de saúde não trabalha em conjunto, como exigir que a escola faça parte de uma rede de cuidados?

A neuropediatra que atendeu Lucas teve acesso a um recorte da história do garoto por meio do relatório enviado pela primeira escola e das peraltices que o avô conta do menino. O relatório da escola descreve uma criança que gosta de correr, de brincar, que ainda não apresenta

boa caligrafia, sem aparecer algo que pudesse ser estranho aos olhos de quem o lia. Em nenhum momento se contextualizou que ele está no país há dois anos e que, nesse período, aprendeu a falar e se alfabetizou em uma língua que até pouco tempo era estranha para ele, além de ter que criar modos de se relacionar nos espaços que agora estava frequentando. Assim, o olhar que essa profissional tem do garoto é como portador do TDAH.

Estagiários de psicologia, psicólogos, neuropediatra, professores e avós, cada um compreende e conhece aspectos de Lucas que não são compartilhados e, portanto, esse menino é fragmentado nos modos de ser olhado e cuidado. Ao fragmentar Lucas, os profissionais de saúde não contemplam o princípio da integralidade do SUS, concepção que exige um trabalho interdisciplinar. Boing e Crepaldi (2010) escrevem que para desenvolver uma atenção integral, que abranja a complexidade do processo saúde-doença, é fundamental um trabalho interdisciplinar. Conhecimento e prática interdisciplinares são a alternativa de promoção da inter-relação entre áreas de conhecimento, entre os profissionais e entre eles e o senso comum, possibilitando uma exploração das potencialidades de cada ciência e da compreensão de seus limites.

### **Olhares que se cruzam**

Diante dessa variedade de olhares, de qual Lucas estamos falando? Quantos existem? E quantos olhares são possíveis?

Com base em Vygotski (1995 ZANELLA, 2005) inúmeros olhares são possíveis, já que os sujeitos em relação estão inseridos em uma ordem cultural, com mediação de signos, e isso possibilita a constituição de relações diferenciadas qualitativamente. Além disso, em um processo dialético, todos os olhares apresentados sobre Lucas são por ele apropriados, constituindo-o como sujeito, e este responde objetivamente em suas relações, tal qual explica Vygotski (1995 apud ZANELLA, 2005, p. 101) no trecho a seguir: “poderíamos dizer que a natureza psíquica do homem vem a ser o conjunto de relações sociais transladadas ao interior e convertidas em funções da personalidade e em formas de sua estrutura”.

Já que a multiplicidade de olhares é possível, o que fazer com todos

eles? Em um serviço de saúde que se pauta na integralidade, essas perspectivas deveriam circular, e mais, deveriam conversar para que fosse possível o entendimento dos diversos aspectos da vida desse sujeito e que fazem parte da constituição do processo saúde-doença. Diante disso, é possível criar um plano de atenção em que as necessidades de cuidado estejam claras e qual o melhor caminho para que ele seja efetivado.

No recorte apresentado aparecem dois momentos: um marcado pelo isolamento dessas visões sobre Lucas; o outro, em que os olhares se encontram e se transformam. No primeiro, com a desarticulação dos pontos da rede, os saberes se isolam e cabe à família de Lucas articular essas experiências. Diante disso, prevalece um saber, o médico, com caráter de superioridade. Vale destacar que isso é reflexo da construção histórico-cultural da saúde em nosso país e, embora não seja objetivo deste trabalho discutir essa questão, é válido pontuá-la para resgatarmos as contribuições do SUS.

O estranhamento, que decorre do contato com várias perspectivas e práticas, remete a uma estrutura de funcionamento dessa Unidade de Saúde – comum ainda a outros espaços do serviço – que não tem o trabalho interdisciplinar como guia do desenvolvimento de projetos terapêuticos, com propostas que não abrangem a complexidade de seus usuários e não possibilita visões integrais deles. Ao contrário disso, o trabalho articulado que rompe com a Clínica Tradicional garante mais leveza à prática, afastando-se do peso e engessamento facilmente encontrados no cotidiano.

A partir do relato feito, é claro notar que, apesar de compor um dos pilares do SUS, a integração entre os serviços, ações e saberes profissionais é um dos maiores desafios contemporâneos e, assim como propõe Saramago (2004), “é preciso andar muito para se alcançar o que está perto”.

Vale destacar, por fim, que, apesar das dificuldades a serem superadas em relação ao SUS, essa prática é recente e está se constituindo no próprio fazer. Identificar os nós para então pensá-los é a melhor opção para evoluir a qualidade do serviço. Além disso, esse modelo de saúde carrega consigo inúmeros acertos e benefícios para a população, em contraposição com aquele vigente anteriormente.

## REFERÊNCIAS

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014)>. Acesso em: 19 jul. 2015.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2015.

CAMPOS, G.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)> Acesso em: 19 jul. 2015.

FRUTUOSO, J. T.; SAUR, B. O sistema único de saúde brasileiro e a clínica ampliada. In: ZURBA, M. C. (Org.). **Psicologia e Saúde Coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. p. 41-50.

SARAMAGO, J. **Todos os nomes**. 12 ed. São Paulo: Cia da Letras, 2004. 280p.

ZANELLA, A. V. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 99-104, maio/ago. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27049.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

Submetido em 3 de maio de 2015.

Aprovado em 3 de julho de 2015.