

VALDEMAR DONIZETI DE SOUSA

**O PSICÓLOGO E A SAÚDE PÚBLICA:
UMA LEITURA FENOMENOLÓGICA DAS
VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE ESTAGIÁRIOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**



**PUC-CAMPINAS
2006**

VALDEMAR DONIZETI DE SOUSA

**O PSICÓLOGO E A SAÚDE PÚBLICA:
UMA LEITURA FENOMENOLÓGICA DAS
VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE ESTAGIÁRIOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia: área de concentração como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Vera Engler Cury

PUC-CAMPINAS

2006

Ficha Catalográfica
elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI- PUC-Campinas.

t150.23 Sousa, Valdemar Donizeti de.

S725p O psicólogo e a saúde pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na atenção básica / Valdemar Donizeti de Sousa. - Campinas : PUC-Campinas, 2006.
xxiii, 207p.

Orientadora: Vera Engler Cury.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

1. Psicólogos - Formação. 2. Psicologia fenomenológica. 3. Saúde - Aspectos psicológicos. 4. Saúde mental. 5. Família - Saúde e higiene. I. Cury, Vera Engler. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD – t150.23

VALDEMAR DONIZETI DE SOUSA

**O PSICÓLOGO E A SAÚDE PÚBLICA:
UMA LEITURA FENOMENOLÓGICA DAS
VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE ESTAGIÁRIOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Banca Examinadora

Presidente Prof^a. Dr.^a Vera Engler Cury

Prof^a. Dr.^a Heloisa Szymanski

Prof^a. Dr.^a Henriette Tognetti Penha Morato

Prof^a. Dr.^a Maria Alice Amorim Garcia

Prof. Dr. Mauro Martins AmatuZZi

**PUC-Campinas
2006**

Dedico este trabalho,

Às minhas famílias:

Minha família – fonte – minha amada Rita e nossa filha Ana Elisa;

*Minha família – origem – pais Geraldo e Dagmar,
irmãos Valéria, Wilson e Adriano,
e extensa, José, Cecília, João e Alex.*

Minha família abrangente – membros da Comunidade dez.

Minha família – territorial – companheiros da Associação AFLORE.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de despertar a “**atenção**” de todos para dedicar meu enorme agradecimento às pessoas que continuam ensinando a arte genuinamente humana da **atenção básica – essencial** – à vida.

À Prof^a. Dr.^a Vera Engler Cury, por sua atenção incondicional em todos os momentos ao longo destes anos: na orientação incentivadora, na escuta compreensiva frente às adversidades da vida, no apoio e esclarecimentos institucionais, me ajudou a superar os obstáculos de acordo com os meus limites.

Ao escritor Prof. Dr. Mauro Martins Amatzuzi, que com sua arte de escrever fecundas obras, transforma todo texto em um profundo “diálogo vivo” e congruente com a vida.

Às amigas, companheiras e desbravadoras, Elza e Florianita, precursoras docentes responsáveis pela minha iniciação, e de tantos outros, na saúde pública, com quem até hoje continuo compreendendo a atenção ampliada em saúde mental – psicológica – .

Aos professores Dr.^a Dulce Maria Pompeo de Camargo e Dr. Mauro Martins Amatzuzi, pelas inestimáveis contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho, durante o exame de qualificação.

À amiga Carol, companheira de muitas frentes, com quem divido espaços, buscas, descobertas e construções para juntos com tantos outros, descortinarmos o território já começado.

Aos inúmeros docentes-assistenciais, protagonistas deste movimento em prol da formação em Centros de Saúde-Escola na PUC-Campinas, para a integralidade de todos nós: Alice, Ana Luiza, Angélica, Beth Smeke, Cony, Cris, Denise Mulatti, Erly, Ernandes, Lúcia, Núncio, Peterson, Regina, Regininha, Rubem.

Aos funcionários da PUC-Campinas, que trabalham nos Centros de Saúde-Escola com quem tenho aprendido a arte da atenção do educador em serviço: Eneide, Ione, Rose, Andréa, Clausiela, Hildinha, Nice, Alice.

Aos trabalhadores da saúde pública, membros das equipes de saúde da família dos Centros de Saúde Integração, Balão e Florence, agradeço a oportunidade de vivenciar o trabalho em equipe de saúde.

Às Terapeutas Ocupacionais, Denise Antunes e Denise Mulatti, com quem tenho aprendido e dividido a complexa e essencial tarefa da atenção transversal.

À professora Helena Garcia Gimenes Ferreira, pela paciência e compreensão do meu prazo acadêmico, durante sua nobre tarefa de revisão gramatical e ortográfica desta tese.

À Analista de Suporte da PUC-Campinas, Andrea Regina Wanderley, pela formatação e revisão de formatação deste trabalho.

À Reitoria da PUC-Campinas, pela concessão da bolsa de estudo durante todo este percurso no programa de Pós-Graduação.

A todos os estagiários de psicologia e aprimorandos, que ao longo destes anos me ensinaram a artesanal tarefa de aprender aprendendo, em especial aos participantes desta pesquisa que compartilharam suas vivências da formação em serviço de atenção básica.

"Parece certo que eu não posso me realizar pessoalmente sozinho. Preciso de você, preciso de vocês, preciso de nossas tradições e de nossos projetos olhados em sua inspiração mais profunda, preciso da água, das árvores, dos jardins, dos rios, do mar infinito, dos peixes, dos símbolos. Além disso, parece ficar claro que, à medida em que alargamos o âmbito da experiência (do individual para o coletivo, para o ecológico e para o espiritual), vão sendo necessárias renúncias progressivas a uma noção rígida e fechada de eu, com sua racionalidade que agora podemos dizer mesquinha. Nos níveis mais abrangentes da experiência humana, outros recursos humanos vão sendo requisitados, e a linguagem vai se transformando. É preciso saber o que é afeto, o que é estar junto, o que é respeito, o que é reverência. E por fim o que é entregar-se."

Mauro Martins Amatzuzi (2003a)

SUMÁRIO

| | |
|--|-------|
| LISTA DE TABELAS E FIGURAS | xiii |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | xv |
| RESUMO | xvii |
| ABSTRACT | xx |
| RESUMEN | xxiii |
| INTRODUÇÃO | 2 |
| CAPÍTULO I. A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA | 08 |
| 1. Contextualizando o SUS em Campinas: | 10 |
| 2. Contextualizando o Programa de Saúde da Família - PSF | 14 |
| 3. Projeto Paidéia: um modelo alternativo ao PSF na Saúde Pública de Campinas..... | 20 |
| 4. Saúde Mental: Equipe Matricial no Paidéia Saúde da Família..... | 23 |
| CAPÍTULO II. A FORMAÇÃO EM SERVIÇO DO ESTAGIÁRIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA | 32 |
| CAPÍTULO III. A VIVÊNCIA DO ESTAGIÁRIO DA ÁREA DA PSICOLOGIA CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA | 42 |
| 1. Distrito de Saúde Noroeste: território de formação em serviço da PUC- Campinas..... | 44 |
| 2. A PUC-Campinas no Distrito de Saúde Noroeste | 48 |
| CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 54 |
| 1. O fazer pesquisa: da convivência ao vivido | 55 |
| 2. Compreendendo o processo: o uso da Versão de Sentido (VS)..... | 58 |
| 3. A busca do vivido: a pesquisa fenomenológica em psicologia..... | 59 |
| CAPÍTULO V. SAÚDE PÚBLICA: UM ESPAÇO DE MEDIAÇÃO DIALÓGICA | 62 |
| 1. Os participantes da pesquisa | 63 |
| 2. Contexto: da sala de supervisão ao Centro de Saúde-Escola | 63 |
| 3. Procedimento | 64 |
| 4. Análise dos Dados | 66 |
| CAPÍTULO VI. DESCREVENDO OS SIGNIFICADOS DAS VIVÊNCIAS | 68 |
| 1. Conversando com os estagiários..... | 69 |
| 1.1 Análise do depoimento de Júlia | 69 |
| 1.2 Análise do depoimento de Joana | 87 |

| | | |
|---|--|------------|
| 1.3 | Análise do depoimento de Melissa | 100 |
| 1.4 | Análise do depoimento de Ruth | 112 |
| 1.5 | Análise do depoimento de Catarina | 125 |
| 1.6 | Análise do depoimento de Maria | 138 |
| 2. | Compondo a Estrutura Geral | 150 |
| 2.1 | Principais significados da vivência | 152 |
| 3. | Diário de Versões de Sentido - o sentido do processo de estagiários..... | 154 |
| 3.1 | Análise do Diário de VSs de Júlia | 155 |
| 3.2 | Análise do Diário de VSs de Joana | 159 |
| 3.3 | Análise do Diário de VSs de Melissa | 164 |
| 3.4 | Análise do Diário de VSs de Ruth | 167 |
| 3.5 | Análise do Diário de VSs de Catarina | 168 |
| 3.6 | Análise do Diário de VSs de Maria | 171 |
| 4. | Compondo a Estrutura Geral do sentido de processo de estagiário | 173 |
| 4.1 | Principais significados do processo do estagiário | 175 |
| CAPÍTULO VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | | 177 |
| CAPÍTULO VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | | 186 |
| REFERÊNCIAS | | 191 |
| ANEXOS | | 202 |
| A.1 | Termo de Autorização dos Docentes Responsáveis | 203 |
| A. 2 | Termo de Autorização dos Coordenadores dos Centros de Saúde | 204 |
| A. 3 | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 205 |
| A. 4 | Capa do Diário | 206 |
| A. 5 | Diário de Versões de Sentido | 207 |

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

| N.º | Descrição | Página |
|------------------|---|---------------|
| Figura 1. | Mapa da cidade de Campinas com a divisão das Regiões dos Distritos de Saúde | 12 |
| Tabela 1. | Divisão dos 47 Centros de Saúde por Região Distrital | 13 |
| Tabela 2. | Distribuição Populacional por Distrito de Saúde | 14 |
| Tabela 3. | Momentos relevantes na história do PSF no Brasil | 16 |
| Tabela 4. | Acompanhamento da evolução das equipes de saúde da família nos municípios brasileiros – 1994 a 2005 | 18 |
| Tabela 5. | Pesquisas empíricas | 38 |
| Tabela 6. | Caracterização por Centro de Saúde | 46 |

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS

ABEP – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário da Saúde
AIS – Atenção Integral à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
AR – Administração Regional
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/ Centro de Apoio Psicossocial
CEVI – Centro de Vivência Infantil
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRAS – Coordenadoria Regional de Assistência Social
CRIAD – Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CS – Centro de Saúde
CSE – Centro de Saúde-Escola
DNOS – Distrito Noroeste de Saúde
ESF – Equipe de Saúde da Família
HMCP – Hospital e Maternidade “Celso Pierro”
ICV – Índice de Condição de Vida
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MS – Ministério de Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB – Norma Operacional Básica
NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMC – Prefeitura Municipal de Campinas
PS – Pronto-Socorro
PSF – Programa de Saúde da Família
PUC-Campinas – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
QUALIS – Qualidade em Saúde
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TO – Terapia Ocupacional/ Terapeuta Ocupacional
UBS – Unidade Básica de Saúde
VS – Versão de Sentido

SOUSA, Valdemar Donizeti de (2006) - **O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica**. Campinas – SP. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

A história da profissão do psicólogo, confunde-se com a própria inserção deste profissional no campo da atenção à saúde pública e suas vicissitudes. No entanto, ainda prevalece um distanciamento entre a formação de psicólogos na Universidade e a realidade da rede pública de saúde. Esta situação também se reflete na escassez de estudos a respeito da formação em psicologia em saúde pública. A PUC-Campinas possui uma das experiências pioneiras, datada de 1986, na formação de psicólogos na atenção básica, para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa objetivou apreender as vivências de estagiários da área de Psicologia na Saúde/Clínica em atividades desenvolvidas como participantes de equipes de saúde da família no município de Campinas, significando-as no diálogo cotidiano com o pesquisador. Participaram da pesquisa seis estagiários do último ano do Curso de Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, inseridos em dois grupos de estágio com atividades supervisionadas em dois Centros de Saúde-Escola, localizados na região Noroeste do município. O acompanhamento das vivências dos estagiários pelo pesquisador iniciou-se com a entrada no campo, expressa neste estudo de maneira etnográfica, até a composição dos dados da pesquisa que foram produzidos em dois momentos: a) Diário de Versões de Sentido – registro semanal de sínteses subjetivas efetivadas individualmente pelos seis estagiários; b) entrevistas individuais, semi estruturadas realizadas pelo pesquisador com cada estagiário. Os depoimentos e diários de versões de sentido foram analisados qualitativamente a partir de uma leitura fenomenológica. A interpretação fenomenológica do pesquisador acerca destes dados possibilitou uma interlocução com estudos semelhantes encontrados em bases de dados. A partir da análise dos significados das vivências dos estagiários foi possível concluir: a) a formação do estagiário num campo como o da saúde pública é sentido inicialmente como algo totalmente desconhecido, *vivenciado com surpresa* e um certo embaraço em relação à inexperiência percebida para este tipo de trabalho em equipe de saúde da família; b) por outro lado, desenvolve-se rapidamente uma empatia com o campo da saúde pública, em virtude de uma vivência gratificante com a equipe de técnicos, possibilitando a formação de vínculo afetivos e de um sentimento de pertinência à equipe de saúde; c) sentir-se realmente como um psicólogo decorre da aprendizagem vivida no cotidiano das reuniões de equipe, no exercício de uma prática clínica centrada no saber coletivo e interdisciplinar – denominada clínica ampliada; d) como elementos significativos, facilitadores do desenvolvimento profissional, destacaram-se: a visita domiciliar, a reunião sistemática da equipe, a diversidade de profissionais e de usuários, as situações vividas no território; e) sentimentos de frustração e descontentamento foram expressos como decorrentes da vivência de dificuldades face à complexidade de alguns casos, e à falta de adesão dos pacientes em relação aos atendimentos clínicos disponibilizados. Esta leitura fenomenológica acerca da formação em serviço, tendo como objeto de investigação a vivência do próprio estagiário, traduz a intenção de colocar em foco a responsabilidade social das instituições de ensino

superior em relação ao compromisso de capacitar profissionais para atuar na realidade da sociedade brasileira.

Palavras-chave: psicologia fenomenológica, práticas psicológicas em instituição, saúde da família, atenção básica em saúde, versão de sentido, formação do psicólogo.

ABSTRACT

SOUSA, Valdemar Donizeti de (2006) - **The Psychologist and the Public Health: a phenomenological reading of the trainees' daily existences in the Basic Attention.** Campinas – SP. Doctorate Thesis. Post Graduation Program in Psychology, Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

The history of the psychologist's profession, gets confused with this professional's own insert in the field of the attention to the public health and their eventualities. However, still an estrangement prevails between the psychologists' formation in the University and the reality of the public net of health. This situation is also reflected in the shortage of studies regarding the formation in psychology in public health. PUC-Campinas owns one of the pioneering experiences, dated of 1986, in the psychologists' formation in the basic attention, for performance in the Unique System of Health (SUS). This research has intended to apprehend the trainees' in Psychology in Health/Clinic's experiences in activities developed as participants of teams of health of the family in the municipal district of Campinas, validating them in the daily dialogue with the researcher. Six senior students of the degree level in Psychology of PUC-Campinas inserted in two groups of the apprenticeship with activities supervised in two Centers of Health-school located in Northwest area of the town. The attendance of the trainees' experiences by the researcher has began with the ingress on the field expressed in this study in ethnographic manner up to the composition of the data of the research that were produced in two moments: a) Diary of Versions of Sense - weekly registration of subjective synthesis individually accomplished by six trainees; b) individual interviews, partly structured made by the researcher with each trainee. The depositions and diaries of sense versions were qualitatively analyzed starting from a phenomenological reading. The researcher's phenomenological interpretation enabled an interlocution with similar applications found in data basis. From the meaning analysis of the trainees' experiences it was possible to infer: a) the formation of the trainee in a field as public health is first felt as something totally unknown, lived with surprise and a certain embarrassment concerned to the inexperience for the work in team of health of the family; b) on the other hand there is the rapid development of an empathy with the public health field, due to a rewarding living with the technicians' team, enabling the birth of affective boundings and of a belonging feeling concerned to the health team; c) really feeling like a psychologist comes from the apprenticeship lived in the team meetings, on the exercise of a clinical practice centered in the collective knowledge and interdisciplinary - denominated enlarged clinic; d) as significant elements, facilitators of professional development are pointed out the home visit, the systematic meeting of the team, the professionals and users' diversity, the situations lived in the territory; e) feelings of frustration and displeasure were expressed as resultant of troubles living due to the complexity of some cases, and of the lack of adhesion concerned to clinical attendance offered. This phenomenological view about the formation in service, having the experience of the own trainee as the investigation object translates the intention of the focus on social responsibility of the higher education institutions concerned to the commitment of qualifying professionals to act in the reality of the Brazilian society.

Key words: phenomenological psychology, psychological practice in institution, health of the family, basic attention in health, sense version, psychology's formation.

SOUSA, Valdemar Donizeti (2006) – **El psicólogo y la salud pública: una lectura fenomenológica de las vivencias cotidianas de aprendices en la atención básica**. Campinas – SP. Tesis de Doctorado. Programa de Postgrado en Psicología, Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

La historia de la profesión del psicólogo, se confunde con la inserción apropiada de este profesional en el campo de la atención a la salud pública y a sus vicisitudes. Sin embargo, todavía prevalece un alejamiento entre la formación de psicólogos en la universidad y la realidad de la red pública de salud. Esta situación también se refleja en la escasez de estudios con respecto a la formación en psicología en salud pública. La PUC-Campinas posee un de las experiencias pioneras, fechado de 1986, en la formación de psicólogos en la atención básica, para el funcionamiento en el Sistema Único de Salud (SUS). Esta investigación há tenido como objetivo de aprehender las vivencias de los aprendices de la área de psicología en la Salud/Clínica en actividades desarrolladas como el participantes de equipos de salud de la familia en la ciudad de Campinas, significarlos en el diálogo cotidiano con el investigador. Participaron de la investigación, seis aprendices del último año del Curso de Graduación en Psicología de la PUC-Campinas, insertados en dos grupos de la práctica de formación con actividades supervisadas en dos Centros de la Salud-Escuela, ubicados en la región Noroeste del ciudad. El acompañamiento de las vivencias de los aprendices por el investigador empezó con la entrada en el campo, expresa en este estudio de manera etnográfica, hasta la composición de los datos de la investigación que había sido producida en dos momentos: a) Diario de Versiones de Sentido – registro semanal de las síntesis subjetivas individualmente logradas por los seis aprendices; b) entrevistas individuales, séme estructuradas realizadas por el investigador con cada aprendiz. La interpretación fenomenológica del investigador acerca de estos datos hizo posible una interlocución con estudios similares encontrados en bases de datos. Del análisis de los significados de las vivencias de los aprendices fue posible concluir: a) la formación del aprendiz en un campo como el de la salud pública se siente inicialmente como algo desconocido total, vivido con sorpresa y cierta vergüenza en lo referente a la inexperiencia para el trabajo en el equipo de la salud de la familia; b) por otra parte, se desarrolla rápidamente una empatía con el campo de la salud pública, en consecuencia de una experiencia gratificante con el equipo de técnicos, haciendo posible la formación de vínculo afectivo y un sentimiento de congruencia al equipo de salud; c) sentirse realmente como un psicólogo transcurre del aprendizaje experimentado en el cotidiano de las reuniones del equipo, en el ejercicio de una práctica clínica centrada en el saber colectivo e interdisciplinario – llamada clínica ampliada; d) como elementos significativos, mediadoras del desarrollo profesional, destacaron la: visita domiciliaria, la reunión sistemática del equipo, la diversidad de profesionales y de los usuarios, las situaciones vividas en el territorio; e) sentimientos de frustración y de descontento habían sido expresos como consecuencia de la vivencia de las dificultades frente a la complejidad de algunos casos, y a la carencia de la adherencia de los pacientes en los atendimientos clínicos disponibilizados. Esta lectura fenomenológica acerca de la formación en servicio, teniendo como objeto de investigación la vivencia del propio aprendiz, traduce la intención de poner en foco la responsabilidad social de las

instituciones de la educación superior en lo referente al compromiso de capacitar profesionales a la actuar en realidad de la sociedad brasileña.

Palabra-clave: psicología fenomenológica, prácticas psicológicas en institución, salud de la familia, atención básica en salud, versión de sentido, formación del psicólogo.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".

Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

Dentre os vários discursos da sociedade a respeito da saúde pública no Brasil, “*infeliz-mente*” ainda prevalece a forte influência da propaganda ideológica de desmoralização do setor, proveniente de grandes grupos empresariais interessados em lucrar com políticas de saúde pública que privilegiem os investimentos na privatização da assistência à saúde.

Pouco se divulga sobre o impacto e o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) em o todo território nacional. Não se publica que o SUS é o maior sistema público de atenção à população do país, formulado politicamente e administrativamente para atender desde o superintendente de uma grande multinacional em Pelotas, no Rio Grande do Sul, até a lavadeira de Parintins, no Amazonas: eis o princípio da **Universalidade**.

Como um sistema, possui uma organização que atinge tanto os procedimentos mais básicos, e não menos importantes como a vacinação e a dispensação de medicamentos, até os procedimentos de alta complexidade, como os transplantes de órgãos. Diga-se de passagem que o nosso país possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Além desta integração entre os vários níveis da rede prestadora de serviços à saúde, também compreende a pessoa do usuário do sistema público de saúde, como um sujeito indivisível, ou seja, um ser integral: biológico, psicológico, social, histórico, transcultural e espiritual – eis o princípio da **Integralidade**. E neste aspecto localiza-se um dos grandes desafios para os técnicos que diz respeito às questões da atenção profissional nos dias de hoje: exercer e capacitar os profissionais da saúde para a prática inter e transdisciplinar, em uma sociedade e cultura de tendência fragmentadora, dividida em inúmeras especializações. Segundo dados da Associação Médica Brasileira atualmente há 65 especialidades médicas. Portanto, não basta apenas compreendermos o ser humano de modo integral, faz-se necessário praticarmos a integralidade de todos os saberes para reformularmos o modo de atenção à saúde, desde o início do processo formativo, este é o grande desafio.

Finalmente, trata-se de um sistema público de saúde que busca organizar a distribuição da atenção à saúde, em especial aos mais desprovidos de assistência. Não visa simplesmente ofertar a mesma atenção à saúde, de modo igual para todo cidadão brasileiro, e sim gerenciar mais atenção àqueles que precisam e necessitam de mais cuidado de acordo com a singularidade de

gênero, raça e região: eis o princípio da **Eqüidade**, que não é sinônimo de igualdade.

Neste sentido, reorganizar este jovem SUS com apenas 16 anos de regulamentação, significa também reformular a própria imagem transmitida pela mídia em geral em favor daquilo que Gilson Carvalho (2005), chama de “Marketing do SUS”, em defesa de todo usuário do Sistema Único de Saúde. E você, é um usuário deste sistema? Esta é uma questão que sempre introduzo em minhas aulas e apresentações a respeito da inserção da psicologia na saúde pública, e que nos coloca como protagonistas, atores e cidadãos deste processo que legitima um direito de todo brasileiro: o direito à saúde.

Os estudos, pesquisas e investigações científicas a respeito do campo: **psicologia e saúde pública**, em particular, aqueles que se debruçam **sobre a vivência cotidiana de estagiários de Psicologia Clínica na atenção básica à saúde**, buscam compreender e ao mesmo tempo contextualizar o próprio processo da formação em serviço frente às inúmeras transformações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Abordar questões relacionadas à integração entre estagiários de Psicologia Clínica, equipes de saúde mental e equipes de saúde da família num contexto de clínica ampliada, é de extrema importância social, pois trata-se das atuações, relações, e interações dos vários agentes de saúde – profissionais e estagiários – na responsabilização pelas famílias usuárias, ou seja, uma extensão da produção de saúde e produção de vida, nas residências, nos espaços públicos, no território, na comunidade em que vivem as famílias.

Debruçar sobre estas experiências diz respeito a intenções, interesses e desejos com relação à esfera pública, de uma época anterior, em que eu ainda não tinha a menor pretensão de investigar a vivência do estagiário de Psicologia Clínica na rede pública. Faz parte das experiências da vida e de um desejo em praticar aquilo que o escritor João do Rio (2001) chamou de “a arte de flamar”..., uma espécie de encantamento pelo espaço público, e está presente naqueles que possuem o “...o vírus da observação ligado ao da vadiagem...”, ou seja, um desejo que nasce da soma de experiências tácitas mais a influência das vivências cotidianas significativas. E no meu caso a experiência do estágio supervisionado de Psicologia Clínica em Centro de Saúde-Escola, oferecido pela PUC-Campinas, foi o contexto responsável e disparador da “arte de flamar”. A possibilidade de ter

vivido este processo de formação em serviço na atenção básica à saúde, voltado para a atuação em espaços desprotegidos, além dos muros da Unidade Básica de Saúde foram fundamentais para uma formação reflexiva, atuante e crítica da prática em psicologia clínica, e ao mesmo tempo, tal experiência faz parte das indagações e inquietações atuais acerca do tema deste estudo.

Atualmente trabalho como Psicólogo nesta mesma Universidade, acompanhando os acadêmicos da Faculdade de psicologia durante todo o processo de formação dos graduandos e aprimorandos, inserindo-os no cotidiano da atenção básica à saúde; acompanhando-os nas visitas a domicílios, a instituições da comunidade (governamentais ou não) e nas caminhadas pelas ruas, praças e outros espaços presentes, e às vezes, até escondidos no território da Região Noroeste de Saúde no município de Campinas; enfim, disponibilizo aos estagiários e aprimorandos as condições necessárias para o processo de formação em um serviço público, num contexto de clínica ampliada.

Este cargo consiste em uma função que foi criada no ano de 2000, para enfrentar as transformações decorrentes da reestruturação da própria Universidade, sendo o elo de ligação entre os supervisores do Estágio Supervisionado e o contexto de atuação/formação dos estagiários, na região noroeste da cidade de Campinas. Trata-se de uma função técnico-pedagógica, que visa auxiliar os docentes do Curso de Psicologia na integração das atividades de estágio na Rede de Atenção Básica à Saúde, e a partir de 2001 também na Estratégia de Saúde da Família, como campo de estágio para a formação de profissionais de saúde na realidade do SUS.

Além das recentes transformações curriculares do Curso de Psicologia, como a inserção do estagiário já a partir do 7º semestre, a cidade de Campinas também sofreu a partir de 2001 uma grande reorganização no modelo de gestão da Saúde Pública, interferindo diretamente na inserção dos estagiários de Psicologia. Com a Estratégia de Saúde da Família, o eixo fundamental de inserção dos estagiários de Psicologia na Saúde Pública passou a ser a Equipe Local de Referência (Equipe de Saúde da Família), e não mais a instituição física do Centro de Saúde.

Como neste campo de estágio busca-se oferecer um aprendizado que reconheça o modelo vigente de gestão da saúde pública do município, o estagiário participou inclusive, do processo de transição das recentes políticas

públicas de saúde do governo de 2001-2004, através da implantação do Projeto Paidéia de Saúde de Família e o início da organização da atenção básica, através das formações das Equipes Locais de Referência. Nesta fase, houve uma ampliação no campo de estágio, dos três Centros de Saúde (Dr. Pedro Agápio de Aquino Neto, Integração e Florence), já considerados tradicionalmente como campo de estágio do curso de psicologia, somaram-se outros dois Centros de Saúde (Centro de Saúde Perseu e Ipaussurama), todos situados na região do Distrito Noroeste de Saúde do município de Campinas, e que juntos cobrem uma área onde se concentram 112.364 habitantes.

A partir destas mudanças a inserção do estagiário passou a ser através da participação nas reuniões das Equipes Locais de Referência, com a proposta de realização do Apoio Matricial em Psicologia para discutir casos, transmitir conhecimentos em Saúde Mental e instrumentalizar a Equipe no seu trabalho e em projetos de saúde à população. Esta reorganização da Rede de Atenção Básica à Saúde, redirecionou a entrada dos estagiários não mais através dos Centros de Saúde, mas sim a partir das 17 Equipes de Saúde da Família.

Este cargo técnico-pedagógico do pesquisador vinculado a este contexto do Distrito Noroeste de Saúde como campo de estágio de futuros psicólogos para a atenção básica à saúde em Campinas, levando em conta as vicissitudes das diversas comunidades nas suas singularidades territoriais, culturais, sociais e subjetivas, foram nutrindo o forte desejo de busca em compreender a seguinte questão: *como se configura a vivência cotidiana do estagiário de psicologia clínica em saúde pública em relação a tantas transformações?*

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa consistiu em apreender as vivências de estagiários de Psicologia Clínica em atividades desenvolvidas como participantes de equipes de saúde da família no município de Campinas, significando-as no diálogo cotidiano com o pesquisador.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa a respeito do universo cotidiano do estagiário de psicologia na atenção básica, a partir da própria vivência do estagiário, levando em conta como este cotidiano é vivenciado por eles. Uma atitude fenomenológica em interação com o sentido atribuído à vivência do estagiário em relação à formação em serviços de saúde pública. Para Amatuzzi (2001), vivência diz respeito a “nossa reação interior imediata àquilo que nos acontece”, “o contato pessoal com seu centro”, o contato com seu “coração”.

Quanto ao texto, a Tese foi dividida nos seguintes Capítulos:

Capítulo I, apresenta um recorte teórico e sócio histórico das várias transformações da saúde pública até os dias atuais, demonstrando a influência de diversos segmentos e de inúmeros fatores na construção deste processo.

Na primeira parte deste capítulo destaca-se a evolução da atenção à saúde mental na atenção básica a partir da contextualização do Sistema Único de Saúde na cidade de Campinas. Abordam-se as várias influências da legislação federal na condução desta organização; o processo de descentralização da saúde pela divisão geográfica em regiões distritais; a caracterização dos serviços de atenção e a distribuição da população por região. Ao final do capítulo contextualiza-se a origem da estratégia de saúde da família; a criação do Programa de Saúde da Família (PSF); a implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família em Campinas; e a integração da Saúde Mental no Projeto Paidéia.

Capítulo II aborda a inserção do psicólogo na saúde pública, destacando os seguintes aspectos: os fatores que influenciaram esta inserção; o que dizem as pesquisas de abrangência nacional e estadual acerca do tema; pesquisas a respeito da formação do estagiário de psicologia em serviço de saúde pública e a transformação dos princípios da clínica psicológica com a inserção do psicólogo na atenção básica.

Capítulo III discute conceitualmente a vivência do estagiário de psicologia em serviço de atenção básica como estratégia pedagógica, e logo em seguida apresenta o campo de estágio como território de encontros e interações entre estagiários, profissionais de saúde e famílias usuárias dos Centros de Saúde-Escola do convênio entre Prefeitura Municipal de Campinas e PUC-Campinas.

Capítulo IV apresenta aspectos referentes às considerações metodológicas. Adotou-se a composição de um tripé metodológico como embasamento científico para integrar: a *convivência* necessária para entrada no campo de pesquisa presente nos estudos de tipo etnográfico; o uso de *versões de sentido*, como possibilidade de registro do vivido, criado por Mauro AmatuZZi

(2001); a busca da compreensão do vivido através da leitura *fenomenológica*. Este alicerce mostrou-se coerente e adequado aos objetivos desta pesquisa.

Para cumprir o objetivo da pesquisa, optou-se por: registros pessoais através de um Diário de Versões de Sentido, entrevistas individuais para cada participante, e leitura fenomenológica das entrevistas. Evoluiu-se para a compreensão das vivências em duas fases. Estes dados fazem parte do **Capítulo V**, onde foram apresentados os participantes da pesquisa, o contexto e o procedimento da mesma.

Capítulo VI desenvolve os vários passos da descrição dos significados das vivências. Estes significados são apresentados em duas partes: Fase Relacional (depoimentos dos estagiários) e Fase Processual (Diários de Versões de Sentido dos estagiários).

Diante dos resultados do presente estudo, buscou-se no **Capítulo VII** apresentar uma discussão dos dados analisados em relação a outras pesquisas, bem como demonstrar as contribuições desta pesquisa em relação a outras investigações.

Capítulo VIII aborda a própria experiência do pesquisador nos encontros que foram surgindo, em decorrência da trajetória vivida ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

“Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesmo. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico – que então deixa de ser teórico – é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou.”

Deleuze

Capítulo I

A Saúde Mental na Atenção Básica

O novo milênio vem sendo marcado por um movimento de transformação e profunda reflexão a respeito do tratamento, cuidado, acolhimento, acompanhamento e atenção integral às pessoas que experienciam algum sofrimento psíquico. Um movimento que, além de se preocupar em denunciar a segregação de uma cultura manicomial, cada vez mais tem mobilizado trabalhadores e usuários dos diversos serviços de saúde mental, representantes de instituições governamentais e não governamentais (Universidades e Conselhos de Classe por exemplo), assim como a própria sociedade civil em geral, no sentido de gerar um amplo questionamento e fomentar a elaboração de políticas públicas que verdadeiramente eliminem o tradicional e ineficiente modelo de atenção, voltado exclusivamente para a internação hospitalar e seus desastrosos resultados de maus tratos e exclusão social. No Brasil, tal momento faz parte de uma história de lutas e de persistência por parte dos trabalhadores da saúde mental, dos usuários e seus familiares, das organizações de classe e organizações não governamentais, assim como, do Conselho Federal de Psicologia e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Este início de milênio também foi marcado por duas comemorações: a primeira desencadeada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que elegeu o tema Saúde Mental para comemorar o Dia Mundial da Saúde, fato que transformou 2001 no Ano Mundial da Saúde Mental; a segunda decorrente da aprovação no Congresso brasileiro, por unanimidade, do substitutivo ao projeto de lei (PL3657/89) do deputado Paulo Delgado (PT-MG), em tramitação há mais de 12 anos, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, através da substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços alternativos de assistência à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

No entanto, muitas mudanças ainda precisam ocorrer para melhorar a atual reforma psiquiátrica no Brasil. Campinas é um município do interior do Estado de São Paulo, cuja atual gestão do sistema local de saúde implantou um projeto que busca ampliar o alcance da atenção básica à saúde, como parte de sua reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. CONTEXTUALIZANDO O SUS EM CAMPINAS:

O município de Campinas tem uma população com mais de 1 milhão de habitantes, é o terceiro município mais populoso do Estado de São Paulo e está localizado a cerca de 80km da cidade de São Paulo. Campinas também é a sede da Região Metropolitana, instituída no ano de 2000, tornando-se a mais nova Região Metropolitana do Estado de São Paulo, formada por 19 municípios e reconhecida como um dos principais pólos tecnológicos e científicos do país.

A organização do sistema público de saúde do município de Campinas tem uma longa herança de defesa da rede básica de saúde, sendo um dos primeiros municípios do país a estabelecer a implantação da rede básica de saúde pública. Desde a década de 70, através da forte influência do movimento sanitário da cidade, a rede de serviços de saúde municipal inicia um processo histórico de expansão, reforma e redimensionamento da atenção à saúde, tornando-se rapidamente uma das principais redes de atenção à saúde de todo o país. Este processo histórico de reforma sanitária, pela composição e ocupação dos espaços públicos, contribuiu muito para a rápida inserção da saúde mental na rede básica de saúde. Já em 1984, havia uma preocupação a respeito da organização e integração da atenção à saúde mental em relação ao sistema geral de saúde do município:

“a atenção em saúde mental deve ser integrada ao sistema geral de saúde, tanto quanto possível e em todos os níveis; deve ser considerada como porta de entrada no subsistema de saúde mental, exceto para casos de emergência, a equipe primária de saúde; deve-se dividir o subsistema de saúde mental em níveis de complexidade crescente” (SMS/GTSM, 1984, apud BRAGA CAMPOS, 2000: 100).

A partir da constituição brasileira de 1988, institui-se a saúde como direito social, estabelecendo-se – as bases legais para a elaboração da política de saúde dos municípios, responsabilizando-se – os gestores municipais por tal organização. Campinas torna-se uma das primeiras cidades a promover a municipalização do sistema de saúde, instituindo um sistema local de saúde com

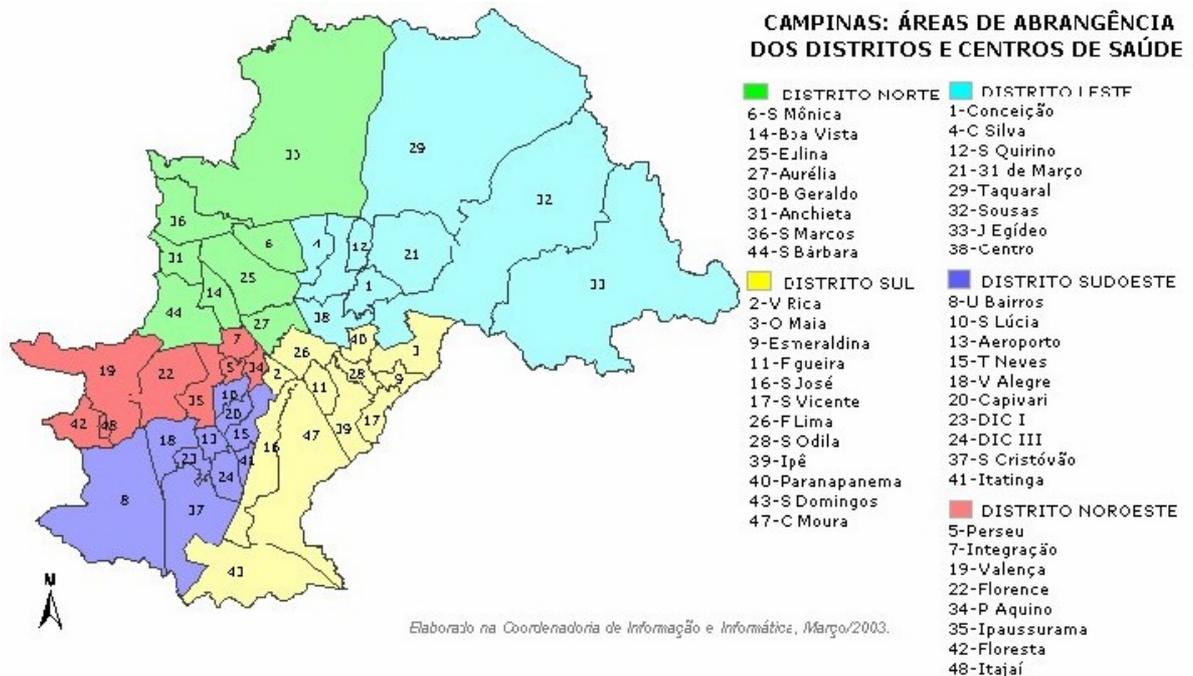
maior capacidade resolutiva e integrado as áreas de coberturas da rede básica. Já no ano de 1989, com o início do processo de municipalização das ações e serviços de saúde, amplia-se o número de serviços de saúde, especialmente os prestados pelo setor público, ocorrendo significativo aumento na composição das equipes mínimas de saúde mental para a atenção básica.

“Expandiram-se as equipes de saúde mental na rede básica, passando de 7 para 19 Centros de Saúde com equipe de saúde mental – fechou-se o ambulatório municipal e foram feitos concursos para novos profissionais - e a programação para o final dos quatro anos de governo era ampliação das equipes para todos os 36 CS” (BRAGA CAMPOS, 2000: 103).

Com a aprovação e início da implantação do SUS em 1990, ocorre um fortalecimento do processo de descentralização do sistema público de saúde do país, através da elaboração e aprovação de Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para redistribuição do poder a partir da gestão das três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal). Algumas destas leis legitimam a participação da sociedade civil na gestão do SUS, como por exemplo, a Lei n.º 8.142/90, que condiciona o repasse de recursos financeiros ao Município que dispuser de confirmação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

Também no início da década de 90, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas começa um processo de divisão territorial para a gestão da rede básica de saúde através de cinco grandes Regiões Distritais de Saúde: Norte, Leste, Sul, Sudoeste e Noroeste (Figura 1).

Figura 1. Mapa da cidade de Campinas com a divisão das Regiões dos Distritos de Saúde. (SMS-Campinas - Coordenadoria de Informação e Informática. Março/2003)



Um processo de distritalização voltado à autonomia gerencial e com a responsabilidade de coordenar a implantação do modelo assistencial e das diretrizes da Secretaria de Saúde. A partir desta decisão política da secretaria de saúde em administrar de modo descentralizado a rede básica de saúde, surgiram as primeiras equipes distritais responsáveis, inicialmente, pela organização e gestão de todos os Centros de Saúde em cada território distrital. Posteriormente, além dos equipamentos de saúde da rede básica, cada distrito também gerencia os equipamentos de saúde da atenção secundária e serviços conveniados e/ou contratados localizados na região de cada distrito de saúde. Vale ressaltar que esta divisão geográfica em regiões administrativas não é idêntica para todas as secretarias da Prefeitura. Por exemplo, uma parte do território geográfico da Região Noroeste de Saúde (bairros Campos Elíseos/ Novo Campos Elíseos), é considerada como parte da Região Sudoeste para outras secretarias da mesma Prefeitura. Isto traz implicações e dificuldades para a administração pública e para a integração intersetorial entre todas as secretarias, bem como para o desenvolvimento de projetos para a comunidade.

Em 1997, Campinas torna-se um município Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde, responsabilizando-se por todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços públicos, e também pela contratação e estabelecimento de convênios com o setor privado como recurso complementar para a organização da rede de saúde.

Atualmente, cada distrito de saúde possui autonomia para operar, gerenciar e executar atividades e serviços nas suas respectivas áreas de atuação, de acordo com as diretrizes políticas de saúde definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A distribuição dos 47 Centros de Saúde, 13 Módulos de Saúde da Família, e da população nos últimos cinco anos em cada região distrital pode ser acompanhada nas Tabelas 1 e 2 a seguir:

Tabela 1. Divisão dos 47 Centros de Saúde por Região Distrital

| Distritos de Saúde | Centros de Saúde | Módulos de Saúde da Família | Outros Equipamentos de Saúde |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|---|
| Norte | 08 | 01 | PS - Padre Anchieta CAPS Estação CRAISA Amb. Médico CEASA Centro de Reabilitação Física Centro de Controle de Zoonoses Centro de Lactação / Banco de Leite Humano Municipal de Campinas CAPS Antonio da Costa Neto |
| Sul | 12 | 04 | PS São José CRST Policlínica II e III SADA CAPS Leste |
| Leste | 08 | 02 | CEVI COAS CRIAD AMDA e ADT CAPS Novo Tempo |
| Sudoeste | 10 | 02 | PS Ouro Verde Amb. Ouro Verde Laboratório Municipal |
| Noroeste | 08 | 04 | CAPS Integração |
| Total | 47 | 13 | 22 |

Tabela 2. Distribuição Populacional por Distrito de Saúde

| Distrito de Saúde | Período de 2000-2005 | | | | | |
|-------------------|---|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | Distribuição Populacional por Distrito de Saúde | | | | | |
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| • Norte | 174747 | 176071 | 177304 | 178435 | 179461 | 180380 |
| • Sul | 248576 | 253640 | 258956 | 264542 | 270414 | 276578 |
| • Leste | 214678 | 214523 | 214186 | 213666 | 212958 | 212060 |
| • Sudoeste | 186765 | 191201 | 195737 | 200377 | 205111 | 209939 |
| • Noroeste | 144620 | 148523 | 152560 | 156734 | 161046 | 165497 |
| Total | 969386 | 983958 | 998743 | 1013754 | 1028990 | 1044454 |

2. CONTEXTUALIZANO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Após doze anos, desde a criação oficial do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia operacional para reorganização do Sistema Único de Saúde, são inúmeros os estudos e pesquisas que buscam investigar o desdobramento do conjunto de ações deste programa na realidade da saúde pública do país. A agenda histórica destes anos de implantação do PSF em todo território nacional resgata períodos significativos para compor aquilo que hoje vem sendo chamado de Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Souza (1999), trata-se de uma estratégia de continuidade da intensa bagagem acumulada ao longo dos anos por vários atores envolvidos com a saúde pública do país, não significando tratar-se de apenas mais “uma nova proposta”.

No final da década de 80, o Ministério da Saúde (MS) inicia sua experiência com os Agentes Comunitários de Saúde, com o propósito de aumentar o acesso do usuário ao sistema de saúde em regiões totalmente descobertas em relação à assistência à saúde, com o propósito de difundir ações de prevenção e promoção

da saúde, através da contratação de agentes de saúde moradores da própria comunidade local.

Em estudo realizado no estado do Ceará por Minayo, D'Elia e Suitone (1990), o Programa de Agente de Saúde tinha como objetivo principal, garantir a “sobrevivência” daqueles que pereciam com a seca. A partir destas experiências na região norte e nordeste do país, o Ministério da Saúde cria oficialmente em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de realizar o cadastramento das famílias, mapeamento e identificação de microáreas de risco, visitas domiciliares, ações coletivas e intersetoriais com supervisão de enfermeiros. A ONU elege 1994, como Ano Internacional da Família, e também neste mesmo ano o Ministério da Saúde cria oficialmente o Programa Saúde da Família, como política nacional de atenção básica para organização dos serviços de saúde:

“um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (MS, 1994:6).

Nos anos seguintes, de 1996 a 2003, o Ministério da Saúde buscou fortalecer e expandir cada vez mais o programa, criando Normas, Portarias, Pólos de Capacitação, estudos avaliativos, material de apoio para implantação do Programa e seminários internacionais para exposição de experiências estrangeiras. Na tabela a seguir, encontra-se o registro deste processo, em comemoração aos dez anos do Programa de Saúde da Família:

Tabela 3. Momentos relevantes na história do Programa Saúde da Família no Brasil

| | |
|---------------------------|--|
| | Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS). |
| Final década de 80 | |
| 1991 | Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS. |
| 1994 | Realização do estudo: “Avaliação Qualitativa do PACS”. Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SIA/SUS. |
| 1996 | NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do “Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo”. |
| 1997 | Reforsus – Implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS. |
| 1998 | O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”. Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, |

- importante respaldo organizacional para o PSF.
Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
- 1999** Realização do 1.º Pacto da Atenção Básica.
Segundo grande evento: “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”.
Lançamento do 1.º número da “Revista Brasileira de Saúde da Família”.
Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”.
Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
- 2000** Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família.
Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- 2001** Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.
Terceiro evento: “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”.
Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF).
Incorporação das ações de saúde bucal no PSF.
Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
- 2002** **Quarto evento:** “PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”.
Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
- 2003** Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf).
Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fonte: Informe da Atenção Básica, MS, Ano V, março/abril de 2004.

No programa ministerial, a Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes

comunitários de saúde. Somada a esta equipe, a partir de 2003, a Saúde Bucal é inserida no PSF através das Equipes de Saúde Bucal composta por um dentista e auxiliares de saúde bucal. Cada equipe do PSF fica responsável por um determinado território no acompanhamento de 600 a 1000 famílias, aproximadamente 4500 pessoas.

Passados onze anos desde a criação do PSF, em 2005 o país já contava com 25.141 Equipes de Saúde da Família, atingindo 5.028 municípios com cobertura de 78.617.526 habitantes. Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, neste mesmo ano somavam 210.887 agentes de saúde situados em 5.267 municípios cobrindo 103.520.586 habitantes (MS, 2005).

Tabela 4. Acompanhamento da evolução das Equipes de Saúde da Família nos municípios brasileiros – 1994 a 2005.

| PSF | 1994 | 1998 | 2000 | 2002 | 2005 |
|-------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| N.º Eq. SF | 328 | 3.062 | 8.503 | 16.698 | 25.141 |
| Qtd Município | 55 | 1.134 | 2.762 | 4.161 | 5.028 |
| População coberta | 1.131.600 | 10.459.259 | 28.581.244 | 54.932.215 | 78.617.526 |

Fonte: Ministério da Saúde
Departamento de Atenção Básica / SAS, 2005

Para Vasconcelos (2000), a inclinação e a forte tendência das políticas públicas de saúde para com as questões relativas à família, remete à influência tanto da sociedade civil, quanto do setor da saúde. Da sociedade civil em função do protagonismo dos movimentos populares das igrejas, como “as primeiras intervenções sociais abordando os problemas da família”. Já no setor da saúde pública, o autor destaca a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1963 no documento sobre o médico da família; o processo de expansão da proposta do médico da família nos Estados Unidos da América em 1969, na década de 70 no Canadá, México, e alguns países europeus. Em 1984, Cuba implantou o programa médico da família em todo o país. No Brasil, ocorre um acirrado embate político, pós Conferência de Alma-Ata, ocorrida na URSS em 1978, entre três grupos: o grupo que defendia o modelo do médico de família;

outro ligado ao movimento das experiências alternativas de saúde comunitária; e um terceiro grupo que “se tornou hegemônico”, composto por aqueles que defendiam a reforma do sistema de saúde. Esta disputa favoreceu o surgimento de cursos de especialização em medicina geral comunitária.

Nos vários estudos a respeito do impacto do Programa Saúde da Família, identifica-se a diversidade de temas abordados nestas pesquisas a partir de pelo menos quatro áreas temáticas: o PSF entendido como uma proposta de consolidação, organização, fortalecimento e descentralização do SUS (Paim, 1994; Cordeiro, 1996; Levcovitz e Garrido 1996; Mendes, 1998; Souza, 1999; Sousa, 2001); um modelo que interfere diretamente nas práticas assistências, e na humanização da prática clínica (Trad e Bastos, 1998; Vasconcellos, 1998; Viana, 2000); uma estratégia que favorece a participação e o envolvimento das universidades na capacitação das equipes de saúde da família (Mendes, 2000); e os artigos que tecem críticas ao PSF, como um programa centrado essencialmente nos serviços e pouco nas condições de saúde (Paim, 1997), que não interfere na prática da assistência (Mysoczky, 1994), um programa a-histórico que enfatiza a prevenção e promoção à saúde desconsiderando a atuação clínica (Merhy e Franco, 2000). Goulart (2002), cita alguns municípios que avançam diante destes dilemas, superando as falhas deixadas pelo programa e tornando-se modelos alternativos ao PSF: Campinas – interior de São Paulo; Vitória da Conquista – interior da Bahia e Caxias do Sul no Rio Grande do Sul.

3. PROJETO PAIDÉIA: um modelo alternativo ao PSF na Saúde Pública em Campinas:

Na medida em que este estudo se refere à inserção dos estagiários de 5ºano do Curso de Psicologia no “*Projeto Paidéia de Saúde da Família*”, na cidade de Campinas, é imprescindível contextualizar tal Projeto a partir de sua origem e diretrizes básicas, partindo assim, de um ponto de vista bastante situado, dentro de determinadas condições sociais, políticas e econômicas, levando em conta suas particularidades e singularidades, distintas de outras experiências.

Atualmente, Campinas conta com 47 Centros de Saúde, distribuídos em 5 Distritos Regionais de Saúde, sendo que cada Centro de Saúde tem sob sua responsabilidade uma determinada área de abrangência. Também em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, iniciou a implantação de um projeto e instalação de novas diretrizes para Atenção Básica à Saúde, denominado Projeto Paidéia de Saúde da Família.

Segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o Projeto Paidéia de Saúde da Família, surge a partir de uma articulação política direcionada para integração e qualificação do Programa de Saúde da Família preconizado pelo governo federal em 1994, levando em conta o contexto singular da histórica realidade da saúde pública na cidade de Campinas. A palavra “*paidéia*”, é um termo de origem grega, que significa “desenvolvimento integral do ser humano” (SMS-Campinas, 2001a). Um conceito nascido das assembléias do povo grego (Ágora) quanto a construir “cidades democráticas” voltadas para “um sistema de formação integral dos cidadãos” (Id.,2001a). Um processo de reestruturação no planejamento da saúde pública do município, coordenado pelo Colegiado de Gestão, visando transformar o que consideravam um grande equívoco dos governos anteriores que investiram os recursos da atenção primária em serviços de atendimento (Pronto Atendimento): buscando através de um planejamento de saúde para a cidade, inverter a lógica do maciço investimento destinado às práticas paliativas sobre a doença, sem contudo fortalecer medidas de prevenção, e sequer atender às necessidades de desenvolvimento integral do ser humano, seja na sua coletividade, ou mesmo quanto a sua individualidade.

No início da implantação desta reestruturação em 2001, o objetivo era uma reorganização do trabalho da rede básica de atenção à saúde do município, no sentido de compor cerca de 150 Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família -ESF), distribuídas nos Centros de Saúde e nos Módulos de Saúde da Família então existentes. Estas ESF tornar-se-iam responsáveis pela assistência à saúde de uma população de 600 mil cidadãos, usuários do SUS, descontinuando a lógica tradicional e institucionalizada de Centros de Saúde com área de cobertura, voltados a uma prática de caráter remediativo, restrita a um acesso burocratizado, com foco exclusivo na doença.

A Secretaria Municipal de Campinas opta naquele momento por direcionar os recursos do Programa de Saúde da Família (PSF) para composição das ESF, a partir da rede básica de saúde, ou seja, através dos 44 Centros de Saúde existentes em 2000. Esta opção por implantar a estratégia de saúde da família em todo o município, buscou o fortalecimento, a sustentação e ampliação da rede básica de saúde já existente. Assim, a partir da composição das ESF, a Secretaria Municipal de Saúde busca atingir algumas mudanças no modelo anterior e uma transformação nos paradigmas de atenção e práticas assistenciais à saúde da população, através das seguintes diretrizes (SMS-Campinas, 2001a):

- Implantação da clínica ampliada – Como Campinas organiza as ESF a partir da rede básica de saúde já existente, além dos profissionais da equipe padronizada pelo Ministério da Saúde (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiro, médico generalista), também incorpora outras especialidades: pediatra, ginecologista e profissionais da saúde mental, para a composição de “equipes ampliadas”. Este modelo coloca todo profissional de saúde como protagonista clínico, e não mais como mero executor de tarefas sem valor agregado, ou seja, a primeira grande transformação no processo de trabalho, está na distribuição da atenção, que passa a ser centralizada na equipe, e não apenas no médico. Sob esta ótica, o estagiário de psicologia em saúde pública torna-se um membro de uma das Equipes de Saúde da Família e não um mero observador;

- Acolhimento – trata-se de uma diretriz operacional centrada no usuário, garantindo o acesso a todos que chegam à Unidade Básica de Saúde, uma redefinição que visa garantir os princípios do SUS, desde a Porta de Entrada;

- Responsabilização – todo profissional de saúde passa a ser um elo da equipe no que diz respeito ao atendimento e acompanhamento dos usuários, responsabilizando-se pelo atendimento integral às famílias;
- Cadastramento – vai muito além do simples registro burocrático das famílias ainda não adscritas no Centro de Saúde. Trata-se de formação de vínculo e fortalecimento da responsabilização em relação às famílias, realizado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de criar uma relação de maior interação e singularidade com o grupo familiar que ultrapasse a relação reduzida, focalizada em meros prontuários e cadastros numéricos;
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - além de ser um novo cargo criado (juntamente com o médico de família), o agente terá um papel central na construção de vínculo e relação direta com as famílias. Este profissional da saúde, deve ser morador do próprio bairro, e na essência de sua atuação, amplie-se o conceito de clínica, uma verdadeira extensão da saúde que vai à comunidade na busca por autonomia e desenvolvimento de autocuidado por parte das famílias;
- Capacitação - todos os profissionais da saúde participarão de um processo de educação continuada, com a finalidade de desenvolver uma formação voltada para a clínica ampliada, a partir das novas exigências da atual reestruturação de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

Frente a estas várias transformações na rede básica de atenção à saúde na cidade de Campinas, podemos nos perguntar: Qual será o papel da saúde mental nesta nova maneira de produzir saúde? E quanto aos profissionais da saúde mental, bem como aos estagiários em processo de formação: quais serão as novas funções, atribuições, atitudes e papéis em relação ao Projeto Paidéia de Saúde da Família? Qual o impacto deste novo modelo de atenção no que diz respeito às inter-relações e interações, tanto entre os profissionais das equipes de saúde e estagiários em formação profissional, quanto destes para com as famílias usuárias atendidas no Projeto Paidéia?

Lancetti (2000a), ao relatar sua experiência no processo de implantação do Programa de Saúde Mental para o Projeto Qualis – Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de São Paulo, considera as transformações no modo de

gerir e conduzir a rede básica de atenção à saúde, a partir da organização sanitária do PSF, como a “esteira fundamental” (p.18) de condução e construção de projetos que facilitem a produção de saúde mental.

Mais do que simples conteúdos para debates, a prática já está lançada e a produção de saúde mental integrada aos Programas de Saúde da Família começa a deixar suas pegadas nos mais distintos territórios do Brasil. Além da longa e singular experiência de reforma psiquiátrica desenvolvida no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), a partir de um processo de co-gestão entre uma instituição filantrópica e a Prefeitura Municipal de Campinas. O município, também acaba de ser eleito como a cidade com o melhor programa de saúde mental do país.

Ao integrar experiências significativas já existentes à proposta de implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, foram reestruturadas as antigas Equipes Mínimas de Saúde Mental, no sentido de uma ampliação da atenção pela formação de equipes de Apoio, ou Equipe Matricial para o acompanhamento das Equipes de Saúde da Família.

4. Saúde Mental: Equipe Matricial no Paidéia Saúde da Família.

As mudanças que acompanharam a reforma psiquiátrica no Brasil, a própria luta pelo fim dos manicômios, sempre estiveram atreladas aos pressupostos do Sistema Único de Saúde – SUS. Se de um lado o SUS descentralizou a assistência à saúde pública, delegando funções diferentes para as esferas federal, estadual e municipal, por outro, as mudanças e transformações na política pública para saúde mental do município, também necessitam de reforma psiquiátrica no Estado e sucessivamente no Brasil como um todo. É função do município realizar uma gestão do sistema local de saúde compromissada com a atenção integral aos usuários.

No Projeto Paidéia de Saúde da Família, a saúde mental faz parte do contexto de redefinição da clínica ampliada, ou seja, forma-se uma equipe ampliada com responsabilização compartilhada em relação às famílias assistidas. Portanto, a reestruturação na rede básica de saúde, também traz mudanças para

o processo de trabalho dos profissionais de saúde mental; estes passam a dar apoio matricial às 150 equipes de saúde da família, e não mais se restringem aos atendimentos dentro de um único Centro de Saúde. Porém, ainda continuarão ofertando assistência especializada, de acordo com cada núcleo profissional, aos casos que necessitem atendimento e que forem identificados através das demandas das equipes de saúde da família.

O “Apoio Matricial” faz parte de um processo de reestruturação do fazer saúde mental, e aponta novos papéis e funções da equipe, articulados em relação à equipe de saúde da família (ESF), dentre os quais:

- ofertar apoio e acompanhamento às equipes locais de referência (ESF);
- facilitar a troca de saberes e, ao mesmo tempo, favorecer a formação generalista no próprio serviço a partir de discussões de casos em saúde mental;
- ofertar assistência especializada aos casos demandados pela clínica e para clínica;

Contudo, o fio condutor desta transformação do modelo de assistência e do processo de trabalho, através da implementação da nova política de saúde mental para a rede básica de saúde, no Município de Campinas, passa a ser a clínica ampliada. Uma proposta de efetivar a clínica para além do modelo tradicional, fechado nos muros institucionais, e estender sua atuação até outros espaços como a rua, a praça, os lugares de encontro das pessoas. Uma atuação centrada na inclusão e na interação com o usuário-cidadão, como proposta psicoterápica, de produção de saúde, ou seja, produção social de subjetividade. Um modelo alicerçado tanto na própria experiência acumulada pelo município, quanto nas experiências espalhadas pelo Brasil a respeito da inserção, parceria e articulação entre as equipes de saúde mental e as equipes de saúde da família. (SMS-Campinas, 2001b).

O processo de formação e “trans-formação” do profissional de psicologia em saúde pública, vem acompanhando, ao longo dos anos, o próprio desenvolvimento histórico do percurso da reforma da saúde mental no cenário nacional, e mais particularmente na cidade de Campinas. Portanto, estas inúmeras mudanças na área das políticas públicas de saúde, e mais recentemente, a reorganização da assistência à saúde através da estratégia de

saúde da família, traz diversas implicações para a formação do estagiário de psicologia na prática do Apoio Matricial no contexto das Equipes de Saúde da Família.

Além da clínica ampliada, o conceito de “REDE”, também faz parte do atual modelo. Este conceito entendido como uma necessidade de integração, não só por parte das esferas públicas, como Assistência Social, Saúde, Educação e Cultura entre outras, como também, no sentido de fortalecer e ampliar a rede social como um todo, através de parcerias com a própria comunidade em suas diversas manifestações, encontros, e organizações na produção de alternativas para enfrentar a dura realidade da exclusão e violência em que vivemos atualmente. Portanto, os três Centros de Convivência existentes em Campinas, tornam-se espaços de fundamental importância para a implantação, organização e construção de uma Rede social ampla, e neste sentido, a atual Gestão do Programa de Saúde Mental opta pela articulação entre estes espaços existentes, bem como pela descentralização dos serviços de referência da cidade na direção da construção das seguintes Redes:

- Rede para atenção à dependência química – descentralização de dois serviços de referência no município: CRIAD (Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição) e o NADEQ (Núcleo de Dependências Químicas);

- Rede de apoio à criança e ao adolescente – articulação entre os serviços de saúde, assistência social, educação e cultura. E descentralização dos serviços de referência à infância e à adolescência em Campinas: CEVI (Centro de Vivência Infantil), CRIAD, CRAISA (Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente) e o SADA (Serviço de Atenção a Dificuldade de Aprendizagem), tendo como meta a descentralização de uma Unidade de Referência Infantil para cada Distrito de Saúde;

- Rede de Reabilitação Psicossocial:

- CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), aumento do número de serviços e ampliação do atendimento para regime de 24 horas – oferecendo uma atenção integral e substitutiva ao modelo manicomial de internação distante da família e do contexto social em que vive;

- Moradias (residências terapêuticas)– aumentar as 29 já existentes, com responsabilidade compartilhada com o CAPS mais próximo de cada moradia;

- Núcleo de Oficinas – ampliação do Núcleo de Oficinas do SSCF que em 2001 possuía oito frentes de trabalho nas mais diversas áreas de produção, além da prestação de serviços na área agrícola em jardinagem.

Neste cenário de mudanças e transformações no modelo assistencial de atenção à saúde na rede básica de Campinas, também modificam-se os papéis, atitudes e funções dos profissionais de saúde mental, assim, pode-se dizer que este estudo buscou debruçar-se sobre tais transformações a partir da “convivência” do pesquisador com os atores sociais que compõem o objeto em questão, ou seja, os estagiários de psicologia clínica em saúde pública na interação com os profissionais das equipes de saúde - equipe de saúde da família e equipe de saúde mental do Apoio Matricial.

No entanto, é de fundamental importância e relevância social, trazer à discussão uma reflexão sobre a natureza das relações interpessoais no Projeto Paidéia de Saúde da Família em Campinas, e o impacto desta mudança num contexto de clínica ampliada, do ponto de vista dos verdadeiros protagonistas que se encontram no fazer cotidiano.

Para Matus (1993) toda e qualquer transformação do modelo assistencial em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais participantes do jogo social.

Em estudo realizado em Campinas, Amaral (1997) constatou que:

a atribuição de competência à rede básica e equipes de saúde mental, de pequeno porte, de assistir pacientes egressos de hospital psiquiátrico, revelou-se ineficaz para o alcance dos objetivos de desospitalizar e desinstitucionalizar nos seguintes aspectos, considerados pressupostos de qualidade por Donabedian (apud Nogueira, 1994): aceitabilidade, equidade e eficácia (p.293).

Segundo os profissionais de saúde mental da rede básica entrevistados nesta pesquisa, a ineficácia apontada anteriormente diz respeito as seguintes dificuldades: quanto à definição de política de saúde mental; quanto à organização do processo de trabalho das equipes; quanto ao baixo envolvimento das equipes em relação ao cotidiano das unidades básicas e a articulação com as áreas clínicas.

Toda e qualquer reestruturação no universo do processo de trabalho, e neste caso na própria produção de saúde pública, interfere e influencia pelo menos dois aspectos centrais relacionado àquilo que Dejours (1986) denomina como “organização do trabalho”: o primeiro diz respeito ao conteúdo das tarefas (divisão das tarefas, modo operatório prescrito do como fazer), e o segundo compreende as relações humanas das pessoas envolvidas nesse processo (divisão das pessoas, as inter-relações entre os protagonistas do processo de trabalho). Tal organização do trabalho também está intimamente relacionada à subjetividade, aos modos de subjetivar, e até de viver, dos protagonistas que compõem este palco do cuidar e produzir saúde, e portanto, da própria experiência em saúde pública.

Diferente de uma cadeia produtiva voltada para a linha de produção de um determinado produto considerado como mercadoria, ao produzir saúde, a produção possui um valor de uso, ou seja, o consumo a partir da utilidade e realização de um serviço em prol de atender determinadas necessidades sociais (Campos, 2000). Ao abordarmos, portanto, a inserção do estagiário de psicologia como membro da equipe de saúde mental no trabalho com as equipes de saúde da família, investiga-se o próprio processo de transformação, não apenas em termos de “organização do processo de trabalho”, mas também na relação com o próprio objeto de atenção à saúde, que através da implantação das equipes de saúde da família, passa a ser centrada na família e no seu entorno, e não mais no usuário isolado de seu contexto e do grupo familiar ao qual cada indivíduo pertence.

Como este modelo assistencial proposto para a cidade de Campinas pretende singularizar a relação família usuária/equipe, potencializando a relação de vínculo, de escuta integral, como “determinante na terapêutica” (SMS-Campinas, 2001b), também se faz necessário acompanhar a evolução deste processo, redimensionando o próprio olhar e as repercussões dessas ações no

cotidiano das intervenções em saúde, bem como, na formação de todos os profissionais de saúde.

Desta passagem de um olhar centrado apenas no usuário, para um olhar em equipe voltado para a família, Saraceno (apud Trad e Bastos, 1998) faz um alerta quanto às generalizações e elaborações de conceitos universais a respeito da família, reduzindo-a a referências restritas de grupos familiares específicos, a partir de um determinado modelo de vínculo familiar nos moldes da união civil e/ou religiosa, e residindo em moradias estáveis. O mesmo autor propõe que o olhar voltado à família deve ultrapassar as fronteiras de uma abordagem linear, apropriando-se das singulares e complexas relações de interdependência presentes na família como “sujeito dinâmico”.

Nesse sentido, esta pesquisa busca investigar a própria experiência vivida pelos estagiários de psicologia acerca da formação em serviço na atenção básica à saúde pública, acreditando que só o próprio sujeito, participante direto deste processo, pode revelar a importância desta experiência na constituição de sua identidade profissional.

Para Jovchelovitch (2000), as “vozes da esfera pública” na maioria das vezes são representadas através de estatísticas e índices, e a voz e o sujeito, experiências e pessoas, narrativas e o próprio humano, simplesmente desaparecem das investigações e pesquisas.

Em relação às experiências de outras cidades e Estados na inserção da saúde mental no processo de implantação do PSF, tem funcionado como um termômetro de avaliação, e até, de mensuração em relação a exemplos infelizes de abandono e descaso do poder público para com o acesso das pessoas, e portanto, de inúmeras famílias a formas adequadas de atenção à saúde integral (Lancetti, 2000b).

Com a intenção de romper os paradigmas da atenção convencional, de ir além dos muros e espaços físicos delineados pela unidade básica, ultrapassando as tarefas específicas e tradicionais de cada categoria profissional, Lancetti (2000c) propõe a seguinte metodologia:

- Implantação do conceito de cidadania: toda pessoa é um cidadão antes de ser usuário ou de receber determinado diagnóstico;

- Todas as intervenções devem focalizar as esferas ambientais, sociais e mentais, assim como, suas inter-relações. As mudanças nestas “ecologias” são responsáveis pelo combate à reprodução da doença;

- A produção de saúde mental acontece nos territórios: na família, na comunidade, no universo existencial do indivíduo que sofre psiquicamente e no diálogo com seus “interlocutores invisíveis”;

- A família passa a ser o usuário. Toda atenção (observação, escuta, pesquisa) é voltada à família, entendendo-a, como todas as pessoas que coabitam, sem considerar se há grau de parentesco entre elas;

- As famílias com maior vulnerabilidade e em situação de risco terão prioridade na atenção à saúde;

- O acompanhamento das famílias será realizado pela responsabilização compartilhada entre equipes de saúde da família e equipes de saúde mental (através de reuniões sistemáticas de casos), porém, as famílias que não demandem acompanhamento conjunto, serão de responsabilidade das equipes de saúde da família;

- As reuniões e discussões das famílias deverão ser pautadas na biografia e no histórico do grupo familiar em questão (prontuário);

- Os agentes de saúde serão em geral, responsáveis pela identificação das famílias, através de intervenções de surpresa. No caso do programa Qualis para implantação do PSF na cidade de São Paulo, foram descartadas as consultas tradicionais de psiquiatria, psicologia, assim como as visitas domiciliares;

- O psiquiatra como membro da equipe passa a ter a função de “consultor” dos médicos e enfermeiros da família quanto à prescrição de psicofármacos;

- Rompimento do confinamento asilar, acompanhando a família vulnerável para ajudá-la a compreender e superar o sofrimento através das organizações do próprio coletivo familiar;

- A atenção será personalizada para cada grupo familiar através de um programa registrado, monitorado e acompanhado em seus procedimentos pelas equipes responsáveis;

- As internações acontecerão em casos de riscos graves, conduzidas pelas equipes responsáveis, inclusive com discussões com os profissionais do

local de internação, e também com a organização sanitária na elaboração de estratégias de retorno à família e à comunidade;

- O processo de reabilitação psicossocial será realizado através de parcerias e agenciamentos de desejo, envolvendo tanto a organização sanitária, quanto a própria comunidade na busca de recursos “escondidos”;
- Deverá ocorrer formação continuada para os membros de todas equipes;
- O critério adotado para composição da equipe de saúde mental, é de um técnico para cada duas equipes de saúde da família, sendo que vinte por cento desses membros serão psiquiatras, enquanto os outros serão formados por psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais. (p. 117-120).

Toda esta transformação, e a própria inserção das equipes de saúde mental na cidade de Campinas, através do Apoio Matricial às equipes de saúde da família, faz parte de um processo recente, gerador de incertezas, de questionamentos e de freqüentes atitudes de resistência frente ao novo, ao desconhecido. Este impacto inicial tem sido um dos fatores responsáveis pelas indefinições de funções, atribuições e papéis a serem desenvolvidos neste modelo.

É função da própria Psicologia como ciência aplicada, investigar estas transformações, bem como o seu impacto na própria formação do profissional da psicologia, no que diz respeito à atuação em equipe de saúde mental inserida na realidade da saúde pública, assim como, na construção de inovadoras modalidades de práticas terapêuticas a partir do referencial da clínica ampliada.

Como já foi descrito anteriormente, as investigações e pesquisas sobre a formação em serviço do psicólogo em saúde pública, de modo geral são realizadas de maneira dissimulada no que diz respeito às vozes dos atores sociais envolvidos na relação intersubjetiva no contexto da atenção básica à saúde, ou seja, as pesquisas, na maioria das vezes pretendem representar as falas tanto dos estagiários, quanto dos profissionais da saúde e da própria população usuária da rede pública, através de estatísticas e índices. Ainda há inúmeros fenômenos desconhecidos a respeito da formação em serviço em Saúde Mental como “campo” de atuação e integração de diferentes profissionais e agentes de saúde,

ficando evidente que a psicologia pode dar grandes contribuições quando se propõe a tornar presente a vivência destes sujeitos: os estagiários de psicologia clínica no processo de formação em serviço de atenção básica.

“O único homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender: que aprendeu como se adaptar e mudar; que se capacitou de que nenhum conhecimento é seguro, que nenhum processo de buscar conhecimento oferece uma base de segurança.”

Carl Ranson Rogers

Capítulo II

A formação em serviço do estagiário de psicologia clínica na atenção básica

A história recente da profissão do psicólogo, regulamentada no ano de 1964, confunde-se com a própria inserção deste profissional no campo da assistência à saúde pública. A contextualização social, política, econômica, cultural e histórica da época contribuiu em muito para o advento do profissional de psicologia em saúde pública, sendo que alguns fatores foram decisivos nesta confirmação.

O Parecer n.º 776/97 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE), elaborou o projeto de Diretrizes Curriculares para orientação de todos os cursos de graduação. Em relação às “Atividades práticas e complementares”, o projeto identifica três modalidades de estágio como possibilidades de serem desenvolvidas nos cursos de graduação de acordo com a especificidade de cada curso:

- 1. De integração e conhecimento do aluno com a realidade social, econômica e do trabalho de sua área/curso, podendo ser iniciado no primeiro ano do curso e acompanhado pela coordenação docente de forma integrada às organizações profissionais, sociais, sindicais (estágio como “mapeamento” da realidade). Deverá motivar o aluno a construir sua grade curricular específica e a optar pelos cursos seqüenciais afins;*
- 2. De iniciação à pesquisa e ao ensino (aprender a ensinar), que poderá ser iniciado a partir do segundo ano do curso e deverá auxiliar o aluno na escolha do seu currículo específico de formação, estando fortemente integrado aos programas de iniciação científica, (etapa inicial da carreira de pesquisador). Sua continuidade dependeria dessa opção, à partir do terceiro ano, para os alunos que elegerem essa organização curricular.*
- 3. De iniciação profissional, podendo iniciar-se no segundo ano do curso, continuando no 3º ano para aqueles alunos que optarem por uma organização curricular aplicada ao exercício profissional. (MEC, 1997).*

A instituição oficial das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia acontece após inúmeras reuniões e discussões das

representações competentes em conjunto com a Comissão de Especialistas de Ensino dos Cursos de Psicologia, sendo firmada através da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, na Resolução de n.º 8 do dia 07 de maio de 2004. No artigo quarto definiu-se uma escala de seis competências e habilidades gerais para a formação em Psicologia: a) Atenção à Saúde; b) Tomada de decisões; c) Comunicação; d) Liderança; e) Administração e gerenciamento; f) Educação permanente. A seguir, destaca-se a primeira competência, no entanto todas as demais estão diretamente relacionadas com o estágio em serviço em saúde pública:

Art. 4º A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética; (CNE/CES, 2004)

Em relação a organização do estágio, os artigos 20 e 21 discriminam objetivo e condições necessárias para sua implementação:

Art. 20. Os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora e procuram assegurar a consolidação e articulação das competências estabelecidas.

Art. 21. Os estágios supervisionados visam assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, sendo recomendável que as atividades do estágio supervisionado se distribuam ao longo do curso (CNE/CES, 2004).

Esta recente transformação nas instruções gerais para condução dos cursos de graduação no país, vem suscitando grandes e significativas modificações nos cursos de psicologia, para a adaptação às novas diretrizes curriculares. No entanto, até que ponto toda esta mudança, tem levado em conta o histórico percurso da saúde pública no país, e também a realidade particular de cada município e suas vicissitudes? Não basta promover uma inserção precoce do aluno de psicologia no campo da saúde pública, é essencial que haja docentes qualificados, com formação para prover aos alunos fundamentação contextualizada, tanto em relação ao significado do SUS para a sociedade brasileira, quanto em relação ao impacto da trajetória da psicologia na saúde pública em suas várias esferas: na rede de unidades de saúde pública, nos vários cargos de gestão e condução do sistema de saúde, nos fóruns decisórios sobre políticas públicas de saúde e nas singulares experiências formativas do estudante de psicologia em saúde pública.

Para Dimenstein (1998), houve quatro fatores cruciais que contribuíram para a inserção do psicólogo na saúde pública:

- 1. Todas as circunstâncias que acompanhavam as políticas públicas no final da década de 70 e início da década de 80, inclusive no que diz respeito à política de recursos humanos para saúde pública;*
- 2. O impacto da crise social e econômica no País na década de 80, levando ao encolhimento do mercado privado para todo profissional liberal da saúde;*
- 3. A organização dos “movimentos da categoria” na revisão do papel da psicologia na sociedade da época;*
- 4. A propagação da psicanálise e a “psicologização da sociedade (p. 56).*

Dentre alguns fatos históricos que favoreceram a mudança no cenário nacional da saúde pública, e portanto, influenciaram o campo da saúde mental e a própria formação do psicólogo, vale citar alguns significativamente importantes. Na década de 70, o psicólogo começa a ser inserido nas primeiras equipes de saúde mental nos asilos e colônias, como uma estratégia terapêutica

considerada avançada e pioneira para um modelo voltado ao confinamento, e assim, centrado na representação da instituição psiquiátrica da época. Esta inserção do psicólogo ocorre em um momento de sérias críticas em relação ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, ocasionando o surgimento no Brasil dos primeiros movimentos contrários ao sistema asilar e psiquiátrico prevalente até aquele período.

Além das experiências provenientes de outros países, tais como a reforma psiquiátrica italiana e as Comunidades Terapêuticas na Europa e EUA, a reforma sanitária no Brasil durante a década de 70 teve grande influência na entrada do psicólogo na saúde pública. O movimento sanitário da época buscava construir uma consciência sanitária, crítica à supremacia absoluta do regime autoritário e ditatorial daquela década. Uma das estratégias de resistência e militância do movimento era a de ocupação dos espaços públicos, e em especial da saúde pública, com a entrada de especialistas na área de saúde, como forma de organizar a participação ativa da sociedade em defesa de políticas públicas de saúde para o país.

Foi no início da década de 80, particularmente através do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), que se inaugura um processo de transformação da prática assistencial na saúde pública, tendo como alicerce fundamental a ênfase na atenção básica à saúde. Para esta reorientação na política pública de saúde do país, o CONASP cria um Plano denominado: “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, que tem como proposta garantir a descentralização da assistência à saúde, qualificando-a. Esta iniciativa colabora com a inclusão de muitos psicólogos na atenção básica, inserção esta, beneficiada pelo “Programa de Ações Integradas de Saúde” (AIS), lançado em 1983, e que contribuiu para constituir o início de uma rede de atenção à saúde de forma integrada e regionalizada.

Na análise de Dimenstein (1998), se de um lado estes planos e ações indicam a amplitude de sua dimensão no cenário nacional da saúde pública, por outro lado, mais uma vez, repete-se a ênfase dada pelo poder público apenas na esfera da contratação como estratégia exclusiva para resolução da escassez de recursos humanos no quadro ambulatorial. Segundo este autor, os vários

psicólogos que nesta época adentraram o sistema de saúde pública de atenção básica não possuíam formação necessária para o trabalho no contexto de instituições públicas de saúde. Por outro lado, mesmo levando-se em conta o aumento significativo de psicólogos contratados na rede pública de saúde, ainda é mínimo o número desses profissionais em comparação com outras categorias de profissionais de saúde.

Um outro marco histórico, que contribuiu inclusive para a elaboração do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Esta Conferência foi considerada como a primeira a tornar legítima a participação da sociedade civil, na defesa dos princípios básicos do SUS: **universalidade** para o acesso à atenção, **integralidade** da assistência à saúde e **descentralização** dos vários serviços de saúde. É o início do movimento para descentralização da saúde em todos os níveis, inclusive com garantia de voz e voto, através da participação popular na direção do Controle Social em sua plenitude. Dois anos mais tarde, portanto em 1988, o SUS foi aprovado na nova Constituição Federal e implantado a partir de 1990, passando a orientar as ações de planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde, através dos três pilares que o compõem: **eqüidade, universalidade e integralidade.**

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS, 1994) publica o documento a respeito da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), estrategicamente como a forma mais recente de reorganização do modelo assistencial de saúde no Brasil.

Nesse contexto de transformações históricas, o psicólogo tem participado do processo de constantes mudanças, tanto assumindo um papel social atuante na saúde pública, como para colocar à prova o próprio conhecimento e saberes aprendidos, frente à necessidade e à realidade da saúde da população no campo da assistência pública.

Segundo Spink (1992), este campo do saber, que diz respeito à Psicologia na saúde pública, “está intimamente relacionado com as transformações que vêm ocorrendo na inserção do psicólogo na saúde” (p. 12).

Na realidade, este percurso histórico tem contribuído desde seu início, para a denúncia e problematização do distanciamento existente entre a prática da saúde pública e a formação acadêmica, e mesmo pós-acadêmica, no campo da assistência pública. Várias pesquisas de abrangência nacional e estadual, desde meados da década de 70 (Mello, 1975), e mais intensamente no final da década de 80 e início dos anos 90 (Silva, 1988/1992; Conselho Federal de Psicologia, 1988/1992/1994/1995; Yamamoto, 1987/1988; Jackson e Cavalari, 1991), demonstraram o desnível existente entre a formação do psicólogo e a realidade da atuação do profissional de psicologia em exercício na área da saúde pública.

Diante dessa realidade, neste início de século, qual tem sido o campo de estudo da ciência, e sua atitude quanto à temática que este estudo pretende investigar? Um levantamento do número de pesquisas empíricas (conforme tabela 5), publicadas em diversas bases de dados (nacionais e internacionais), abrangendo o período de 1993 a 2004, indicou a escassez de estudos que abordam o tema *“formação em psicologia em saúde pública”*.

Tabela 5. Pesquisas empíricas.

| Base de Dados | Termo Descritor “formação em psicologia” | Termo Descritor “formação em psicologia em saúde pública” | Percentual |
|----------------------|---|--|-------------------|
| LILACS | 352 | 18 | 5,50% |
| ECONLIT | 158 | 4 | 2,60% |
| INDEXPSI | 382 | 7 | 2,00% |
| PSYCINFO | 9132 | 32 | 0,40% |
| MEDLINE | 3880 | 14 | 0,40% |
| TOTAL | 13904 | 75 | 0,54% |

Para Silva (1992), esta desarticulação existente pertence a um processo derivado do sistema social vigente:

Os determinantes políticos, sociais e econômicos que vêm moldando o ensino de graduação, nas diversas áreas, são os mesmos que vêm determinando a organização da saúde pública como ela se apresenta. As desarticulações apresentadas entre a universidade e a saúde pública são, em última instância, produto

de um só conjunto de articulações sociais. Estas condicionam a formação que é possibilitada e o formato do sistema de saúde. Ambos não apresentam respostas em direção às reais necessidades de atenção à saúde da população (p.35).

Em estudo realizado a respeito da distribuição dos Psicólogos na Rede de Unidades Públicas de Saúde no Brasil (Franco e Mota, 2003), a partir de dados cadastrais do Ministério da Saúde referentes a 1998, constatou-se um total de 14.504 psicólogos, atuando em todos os tipos de unidades de saúde: Ambulatórios Clínicos (4.836), Centros de Saúde (4.263), Ambulatórios Hospitalares (2.933), CAPS e NAPS (1.234), Outras unidades (822), PS (300), e Unidades de Saúde da Família (116), (Franco e Mota, 2003). Este número equivale a apenas 1,0% de todos os profissionais cadastrados no SUS. Em relação aos psicólogos que atuam em Centros de Saúde, constatou-se a seguinte distribuição por região: Sudeste (2.530), Sul (790), Nordeste (563), Centro Oeste (292) e Norte (88). Já em relação aos psicólogos locados em Unidades de Saúde da Família, obteve-se a seguinte distribuição: Sudeste (48), Nordeste (43), Sul e Norte com o mesmo número (10) e o Centro Oeste (5).

Vale ressaltar que no período de desenvolvimento desta pesquisa, a propagação da estratégia de saúde da família no território nacional ainda era pouco expressiva, sendo visível a concentração de psicólogos na região Nordeste semelhante a região Sudeste, em razão da implantação do Programa de Saúde da Família ter ocorrido inicialmente naquela região.

Em relação ao baixo percentual de psicólogos na rede de serviços de saúde pública, o autor destaca o papel das instituições formadoras:

Não é grande o número de psicólogos cadastrados no SUS por Estado. Para ampliá-lo, torna-se necessário apresentar desde a formação condições para modificar essa realidade. Uma das bases para essa ação seria o princípio constitucional da equidade em saúde (Id., 2003, p.57)

Raramente considera-se a vivência subjetiva dos próprios estagiários de psicologia que participam dos processos de formação em serviço na saúde pública. Assim, torna-se necessário mergulhar mais profundamente neste ponto

para tentar compreender que significado tem para o estagiário de psicologia, sua vivência na área da saúde pública. A problemática aqui circunscrita é: *como se configura a vivência cotidiana do estagiário de psicologia clínica na saúde pública em relação a tantas transformações?*

E as instituições de ensino, responsáveis pela formação profissional dos trabalhadores da área de saúde pública, têm um papel fundamental na implementação do SUS, como responsabilidade social e compromisso público no aperfeiçoamento das condições de saúde e da qualidade de vida das pessoas usuárias dos serviços de saúde. De maneira especial destacam-se as Universidades que não têm se omitido em relação a este compromisso.

Uma das experiências pioneiras na formação de psicólogos para atuação no sistema público de saúde, foi a iniciativa de duas docentes, Elza Lauretti Guarido e Florianita Coelho Braga Campos, responsáveis pelo Estágio Supervisionado em Psicologia Clínica em Centros de Saúde (desde 1986), da Faculdade de Psicologia do Centro de Ciências da Vida (CCV), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Segundo as autoras desta prática formativa inovadora, a própria atuação do psicólogo no cenário da saúde pública determinou uma mudança “de alguns princípios básicos da clínica psicológica” (Guarido & Braga Campos, 2001):

- *O enquadre;*
- *O contrato;*
- *A impessoalidade;*
- *O terapêutico.*

O enquadre sai do consultório e passa à instituição, exigindo a interação com o meio em que vive o indivíduo. E mais, passa a considerar a rua e o domicílio como *settings*. O contato vai da abordagem individual – a relação entre cliente e terapeuta – à vida, ao trabalho e ao lazer. A impessoalidade dá lugar ao empréstimo de poder contratual à pessoa para sua reabilitação psicossocial (p.40).

A possibilidade de olhar e buscar investigar as “trans-formações” do processo de reestruturação da saúde pública do município de Campinas, a partir da constituição da clínica ampliada, e através da inserção dos estagiários de

psicologia em saúde pública nas equipes de saúde mental (apoio matricial) e no trabalho de responsabilização compartilhada com as equipes de saúde da família, é de fundamental importância para se refletir acerca das atribuições que estas “trans-formações” suscitam em termos de novas atitudes, papéis e funções para os profissionais da saúde em formação, em particular, os profissionais da saúde mental.

Neste sentido, compreender a vivência dos estagiários de psicologia na prática do estágio em Centro de Saúde, a partir de um ponto de vista bem situado no cotidiano de atuação/formação, pode contribuir para a investigação das influências deste tipo de formação em psicologia na constituição do profissional de psicologia na área da saúde pública.

“O ser humano se torna eu pela relação com o você, à medida que me torno eu, digo você. Todo viver real é encontro”.

Martin Buber

Capítulo III

A vivência do estagiário da área da Psicologia Clínica na atenção básica: uma estratégia pedagógica

Nesta pesquisa, as indagações, inquietações e o próprio desejo de responder a estes questionamentos a respeito da formação em serviço de atenção básica do estagiário de psicologia, estão intimamente relacionados com a vivência do pesquisador com estes estagiários. De um ponto de vista da psicologia humanista, e portanto, com profundas raízes teóricas na fenomenologia; as respostas para estas indagações do cotidiano humano pertencem exclusivamente ao universo da interação com o humano, para desvelar como acontece a vivência particular, singular e única de cada estagiário.

Segundo AmatuZZi (2001), “uma das coisas que caracteriza uma psicologia de inspiração fenomenológica é a importância dada ao vivido”. Para este autor, o vivido torna-se uma manifestação frente a um questionamento, ocorre como uma “reação interior imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo que tenhamos refletido ou elaborado conceitos” (Id, 2001, p.53)

É através da inquietação inicial do pesquisador, de um voltar-se para a vivência do outro, que se adentra o campo da pesquisa científica como um encontro pautado na mediação dialógica.

É no encontro que se manifesta o “centro da pessoa” (Buber, apud AmatuZZi, 1989), e que AmatuZZi denominou de “coração da pessoa” (id, 2001). Esta manifestação do “centro da pessoa” revela o outro como o verdadeiro detentor da sabedoria e da representação fiel do fenômeno investigado.

Os caminhos escolhidos para aproximar-se da vivência imediata dos estagiários nesta pesquisa, foram os seguintes: o depoimento verbal prestado ao pesquisador e também o relato escrito semanalmente na primeira pessoa, acerca das experiências vividas no cotidiano do serviço de saúde pública.

De posse destes dois tipos de depoimento, o pesquisador busca entrar em contato com o sentido, o significado, o vivido dos registros, deixando de lado (ao menos por ora), valores, julgamentos morais, apegos teóricos, acerca do contexto do qual fazem parte temporariamente os participantes da pesquisa, para ao final realizar uma formulação da estrutura geral do vivido.

Trata-se de uma concepção dialético-pragmática, e nesta pesquisa optou-se por um recorte do ponto de vista dos estagiários de psicologia, porém, destaca-se que para uma busca mais abrangente faz-se necessário ouvir outros

atores e envolvidos neste mesmo universo de formação dos estagiários, ou seja, os inúmeros funcionários membros das equipes de saúde da família (agentes comunitários da saúde; médicos generalistas; enfermeiros; auxiliares de enfermagem; além dos docentes-supervisores). Deve-se reconhecer que ainda que se possa efetivar uma pesquisa de caráter mais abrangente, integrando os diversos elementos do vivido, ainda assim não haveria condições, nem a pretensão, de esgotar todas as questões referentes à complexidade deste fenômeno.

1. Distrito de Saúde Noroeste: território de formação em serviço da PUC-Campinas

Antes de iniciar a contextualização do território geográfico do Distrito de Saúde Noroeste, é essencial sublinhar a importância da presença significativa dos inúmeros “recursos escondidos” (Saraceno, 1999) da região, verdadeiros protagonistas, atores sociais individuais e coletivos, que na maioria das vezes, como a própria região, ficam na periferia de qualquer apresentação. Apesar desta região ser caracterizada como uma das mais carentes em equipamentos sociais (escolas, creches, praças e outras áreas de lazer), e apresentar um dos maiores índices de favelização do município, em contrapartida também demonstra uma expressiva participação comunitária através da ação de vários líderes comunitários, movimentos populares (associações de bairros, grupos sociais e religiosos) e Organizações Não-Governamentais (ONGs), como uma característica de organização civil, de fortalecimento e de empoderamento das pessoas e da própria comunidade para a conquista de infra-estrutura básica e de serviços públicos essenciais que garantam uma melhor qualidade de vida para todos.

Partindo de documentos e relatórios disponibilizados por algumas secretarias da administração municipal de Campinas: Índice de Condição de Vida (SMS-Campinas, 2001); Plano Diretor do Município de Campinas (PMC, 2001); Mapa da Exclusão/Inclusão Social da cidade de Campinas (PMC, 2004); Caderno Intersectorial da Região Noroeste (Jornal Abalônorô, 2004) e Relatório de Gestão 2001-2004 do Distrito de Saúde Noroeste (SMS-Campinas, 2004), buscou-se

apresentar: alguns indicadores sociais, a organização dos serviços de saúde, e a distribuição dos funcionários em cada Centro de Saúde, assim como alguns equipamentos sociais existentes neste território.

O Distrito de Saúde Noroeste abrange uma área de aproximadamente 65,70Km², situado após a Rodovia Anhanguera, até atingir a divisa dos seguintes municípios limítrofes: Hortolândia, Sumaré e Monte Mor. Tem como principal corredor de acesso a toda região, a Av. John Boyd Dunlop¹, como via de acesso aos 130 bairros, 12 favelas e 22 ocupações, e também uma extensa área rural. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2005, esta região possui uma população estimada em 165.497 habitantes, correspondendo a 14,72% da população do município.

Esta distribuição geográfica demonstra o desnível social, econômico e demográfico entre outras regiões da cidade, dado também revelado no estudo de Índice de Condição de Vida - ICV (SMS-Campinas, 2001), detectando 109.236 pessoas, correspondendo a 66% dos habitantes da região, entre os moradores com pior índice de condição de vida (ICV) do município, além da classificação de um dos bairros, com o menor índice de toda cidade de Campinas.

Do ponto de vista do processo de urbanização, na década de 50 a região obteve uma expressiva exploração imobiliária, com aprovação de diversos loteamentos e uma forte especulação para atrair investidores e proprietários com alto padrão de renda. Como os loteamentos não obtiveram êxito de venda, os empresários direcionaram os lotes para atender a população de baixo poder aquisitivo. Esta alteração no processo de ocupação, contribuiu para o grande crescimento demográfico da região na década de 70, atraindo um grande contingente de migrantes do próprio município, como também de outras regiões do Estado de São Paulo e de outros estados, em busca destes novos loteamentos: conjuntos populares da COHAB (Companhia de Habitação Popular), ocupações clandestinas e um grande número de favelas.

Em estudo a respeito da distribuição dos migrantes na cidade de Campinas com dados relativos ao ano de 1996, Oliveira (2000) constatou a presença de migrantes das seguintes regiões: Minas Gerais (35%), Paraná (32%), Bahia (22%)

¹ John Boyd Dunlop, era o nome de uma antiga fábrica de pneus, atualmente denominada Pirelli, e

e Rio de Janeiro (11%). O autor também constatou uma alta concentração da população mais jovem, com baixa renda e pouca escolaridade, pessoas impulsionadas pela miséria e total falta de perspectiva em sua terra de origem, deparam-se com o abandono social e com a exclusão daqueles que além da ausência do recursos essenciais (trabalho, educação, saúde e lazer), também vivem a falta de pertença, como estrangeiros em terra estranha. Esta explosão demográfica desordenada impulsiona a alta taxa de crescimento na região, com o maior índice de natalidade de toda a cidade (nascem por ano aproximadamente 2.500 crianças²).

Em relação aos serviços públicos de saúde o Distrito de Saúde Noroeste possui: 27 Equipes de Saúde da Família (ou Equipes Locais de Referência), distribuídas em oito Centros de Saúde e quatro Módulos de Saúde da Família, para atender ao total de 85,62% da população que depende do SUS (SUS-dependente), a distribuição por Centro de Saúde (CS) pode ser acompanhado na Tabela a seguir:

Tabela 6. Caracterização por Centro de Saúde

| Região Noroeste de Saúde – números da Atenção Básica | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|----------------|------------------|---------------------------------|---------------|
| Centro de Saúde | Habitantes | Módulos SF | N.º EQs | N.º Func/ | População SUS-dependente | |
| Florence | 33.483 | Rossin | 05 | 98 | 90% | |
| Floresta | 13.654 | C Grande | 03 | 57 | 95% | |
| Integração | 26.295 | - | 03 | 61 | 75% | |
| Ipaussurama | 22.620 | Satélite I | 03 | 53 | 90% | |
| Itajaí | 9.505 | - | 02 | 37 | 85% | |
| Pedro de Aquino | 18.608 | - | 03 | 64 | 80% | |
| Perseu | 11.358 | - | 03 | 57 | 80% | |
| Valença | 29.974 | Lisa | 05 | 92 | 90% | |
| Total | 08 | 165.497 | 04 | 27 | 519 | 85,62% |

foi a primeira empresa a se instalar na região, na década de 70.

² Fonte: Distrito de Saúde Noroeste – 1º Seminário Intersetorial da Região Noroeste – 25/10/2002

Destes oito Centros de Saúde da região, três são tradicionalmente denominados Centros de Saúde Escola (CSE): CSE-Integração, CSE-Dr. Pedro de Aquino Neto (conhecido como Balão do Laranja) e CSE-Ipaussurama. Mais adiante, será apresentada a contextualização da participação da PUC-Campinas na Região Noroeste de Saúde desde a década de 70, na construção da rede básica de saúde, através da implantação de serviços comunitários de saúde, com a histórica inserção dos diversos cursos de saúde da Universidade.

Atualmente, dos 597 funcionários públicos do Distrito de Saúde Noroeste, 519 pertencem ao quadro de profissionais da saúde para atenção básica (Centros de Saúde e Módulos de Saúde da Família). A região também possui um Centro de Apoio Psicossocial – CAPS III, em regime de funcionamento 24 horas (CAPS-Integração), além da sede do Distrito de Saúde Noroeste. Ainda conta com uma Universidade (PUC-Campinas / Campus II) com diversos ambulatórios clínicos (Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional), e um Hospital Universitário conveniado ao SUS (Hospital e Maternidade Celso Pierro – HMCP).

Todos os quatro Módulos de Saúde da Família, assim como o CS Itajaí, foram inaugurados recentemente nas áreas de pior Índice de Condição de Vida (ICV), garantindo a descentralização de recursos e investimentos para áreas mais necessitadas e carentes da cidade de Campinas, bem como da própria Região Noroeste de Saúde.

Na área da educação formal, a região Noroeste possui 26 escolas municipais, sendo 5 EMEF (Escolas Municipais de Ensino Fundamental); 11 EMEIS (Escolas Municipais Ensino Infantil) e 10 CEMEIS (Creches Municipais). Também há 24 escolas estaduais, sendo 9 da 1ª à 4ª série; 5 da 1ª série ao 3º colegial; 8 da 5ª série ao colegial e 8 para o ensino supletivo. Já na área de cultura e lazer, a região possui cinco equipamentos (Praça dos Trabalhadores, Casa de Cultura Tainã, Casa de Cultura do Itajaí, Bosque do Valença, Praça de Esportes do Jd. Tropical). Por fim a região ainda conta com um Juizado Especial Cível Itinerante, um Posto da Previdência Social, três Administrações Regionais (AR 5, AR 13 e parte da AR 7). Na secretaria da Assistência Social a região Noroeste possui uma Coordenadoria Regional de Assistência Social (CRAS-Noroeste), responsável pelo gerenciamento de dois Núcleos Sociais. A forte organização da sociedade civil presente nesta comunidade, tornou-se fator

decisivo para a criação e implantação de diversas ONGs, associações de bairros, grupos religiosos, cooperativas e outras instituições. No entanto, a soma destas iniciativas locais mais as construções de serviços do poder público, corresponde a apenas 9% das Organizações Governamentais e Não Governamentais da cidade de Campinas, destacando-se como a região com o menor índice de todo município: Região Sudoeste 18%, Norte 20%, Sul 24 e Leste 29% .

Estes dados sócio-demográficos, demonstram as grandes desigualdades existentes na distribuição de recursos e serviços na cidade de Campinas. A identificação da realidade local do próprio Distrito de Saúde Noroeste, também revela a diversidade e heterogeneidade em relação às condições de vida e necessidades de cada bairro e de sua população. Desenvolver políticas públicas para o enfrentamento desta desigualdade, é dever de todo município como forma de efetivação do princípio da “equidade” preconizado pelo SUS, e assim ofertar mais recursos e serviços para as regiões mais desassistidas, e para os grupos sociais e comunidades mais vulneráveis e menos favorecidos em todas as áreas.

2. A PUC-Campinas no Distrito de Saúde Noroeste

Desde o final da década de 70 e início da década de 80, iniciou-se informalmente a participação e o compromisso social da PUC-Campinas na rede básica de saúde.

Segundo Garcia (1997), naquele período, por meio da Faculdade de Medicina, inicia-se um radical processo de reforma pedagógica com a contratação de docentes vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, para atuarem na implantação dos estágios e disciplinas de Saúde Pública e Medicina Social Preventiva, com o intuito de contribuir para a “constituição de uma rede de Centros de Saúde ligadas ao hospital de ensino num distrito do município” (Id., 1997). Inicialmente criaram-se quatro Postos de Saúde Comunitários que funcionavam em casas alugadas pela própria Universidade: Posto Comunitário de Saúde da Vila Castelo Branco, Posto Comunitário de Saúde do Jardim Ipaussurama, Posto Comunitário de Saúde do Jardim Campos Elíseos e Posto Comunitário de Saúde do Jardim Novo Campos Elíseos, os quais compunham informalmente a Rede Primária de Atenção à saúde do município, na Região

Noroeste de Saúde da cidade de Campinas. Além dos docentes de medicina, enfermagem e farmácia, a Universidade também contratou uma enfermeira como técnica que transitava por todas as unidades e quatro auxiliares de saúde para cada unidade. Todos os auxiliares de saúde eram moradores do bairro de cada unidade e foram capacitados no próprio serviço, pois não possuíam formação específica na área da saúde. A criação destes serviços para a área de atenção primária à saúde caracterizava o caráter pioneiro e progressista deste marco histórico da Universidade em responder às necessidades locais e às orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uma maior articulação entre Universidade e Rede Pública de Saúde. Além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Ciências Farmacêuticas, progressivamente outros cursos foram sendo incorporados neste novo referencial de formação em serviço de atenção básica em saúde pública: Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Foi no final de 1984 e durante todo ano de 1985 que a docente Elza Lauretti Guarido trabalhando como psicóloga em um dos postos de saúde da PUC-Campinas, no Posto Comunitário de Saúde Castelo Branco, lança-se como precursora a desbravar a prática da formação profissional do psicólogo em saúde pública, até então inexistente, na cidade de Campinas. Desta inserção nascia a certeza, a convicção e a necessidade de uma formação em psicologia voltada à realidade social daquela população.

No entanto, a experiência no ensino de Psicologia Clínica na atenção básica, foi inaugurada em 1986, com a primeira turma de oito estagiários de psicologia do 5º ano. E a partir de janeiro de 1991, é que ocorre a integração entre o Posto Comunitário de Saúde Castelo Branco de responsabilidade da Universidade e os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde: Posto de Saúde do Jardim Garcia e Posto de Saúde Vila Padre Manoel de Nóbrega, gerando o atual Centro de Saúde-Escola Integração.

Passado alguns anos desta parceria entre Universidade e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Campinas), oficializa-se em 1996 o Centro de Saúde-Escola (CSE) Integração, implantado a partir de um convênio global entre Prefeitura de Campinas e PUC-Campinas.

Em relação aos outros dois serviços de saúde-escola da PUC-Campinas: Posto Comunitário de Saúde do Jardim Campos Elíseos e Posto Comunitário de

Saúde do Jardim Novo Campos Elíseos, em um espaço curto de tempo começa a surgir a necessidade de ampliação da atenção a comunidade devido ao alto crescimento migratório na região. Esta situação demográfica, somada a forte relação entre a população e os envolvidos com as unidades da PUC-Campinas, originou uma organizada mobilização comunitária, influenciando fortemente o poder público a construir e inaugurar em 1993, o Centro de Saúde-Escola Prof^o Dr. Pedro de Aquino Neto (conhecido popularmente, como Centro de Saúde Balão do Laranja) em substituição aos dois Postos Comunitários de Saúde da Universidade. Em 1998 o Centro de Saúde-Escola Ipaussurama, também passa a pertencer a rede básica de saúde de Campinas, compondo assim, os três tradicionais Centros de Saúde-Escola com profissionais da rede municipal de saúde, docentes dos vários cursos como responsáveis pelo campo de estágio, e funcionários (auxiliares de enfermagem) da PUC-Campinas.

Esta inserção da Universidade na Atenção Básica, caminhou para uma maior integração com a Secretaria Municipal de Saúde, ampliando a inserção dos alunos na Rede Pública.

No decorrer desses anos, já passaram por esta formação no curso de psicologia – opção saúde pública, mais de 300 alunos, e a PUC-Campinas, acompanha as várias mudanças ocorridas na Atenção Básica à Saúde: desde a formação das primeiras Equipes Mínimas de Saúde mental em 1976, as Equipes para a Atenção Integral à Saúde (AIS) na década de 80, as Equipes para inserção do paciente psiquiátrico na década de 90, e em Campinas, a partir de 2001, o Projeto Paidéia de Saúde da Família. Esta transformação sócio-histórica, pertence a duas grandes reformas tanto no cenário nacional, quanto no local: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, ora uma se destaca, ora se misturam, na construção singular da saúde pública, e portanto, da própria formação em serviço do estagiário de psicologia clínica a partir de uma clínica ampliada para atenção básica à saúde dos municípios de Campinas.

Para Bezerra (1996) a prática de uma clínica ampliada diz respeito a um fazer, que leve em conta toda a interação, conflito e convívio, ou seja todo o entorno do paciente, mobilizando todos os recursos para a busca de resultados no contexto social que ele vive.

A partir da implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família em agosto de 2001, ampliou-se a inserção dos estagiários de psicologia clínica em saúde

pública, tanto para prática ambulatorial, como para a realização do Apoio Matricial. Dos oito Centros de Saúde existentes na Região Noroeste de Saúde da Cidade de Campinas³, três são tradicionalmente campo de estágio para o Curso de Psicologia: CSE-Integração, CSE-Drº Pedro de Aquino e CS-Florence; e outros dois, tornaram-se campo de estágio apenas para prática do Apoio Matricial, após a implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família CS-Perseu Leite Barros e CSE-Ipaussurama⁴.

Vale ressaltar que os estagiários de psicologia foram os primeiros alunos da PUC-Campinas a participarem das reuniões semanais de equipe, desde a organização das primeiras Equipes de Saúde da Família. Portanto, acompanharam de perto os progressos e obstáculos freqüentes em toda mudança e implantação de um novo modelo de saúde. Neste início, algumas equipes se apropriaram rapidamente dos novos objetivos propostos, conseguindo operacionalizar as tarefas e diretrizes com desembaraço. De outro lado, os alunos também participaram das resistências e bloqueios vividos por outras equipes, em alguns casos a organização e a realização das reuniões semanais da equipe não foi resolvido até hoje.

A distribuição do campo de estágio ocorre à partir da disponibilidade entre os horários dos estagiários e os horários e dias da semana das reuniões das Equipes de Saúde da Família. O tempo mínimo do estágio prático é de seis horas semanais, sendo que metade do tempo semanal do estágio é dedicado a atividades ambulatoriais, e a outra metade ao Apoio Matricial. A distribuição dos 14 estagiários no ano de 2004 divide-se da seguinte forma:

Prática Ambulatorial

- 7 estagiários no CSE- Dr.º. Pedro de Aquino;
- 5 estagiários no CSE-Integração;
- 2 estagiários no CS-Florence.

Prática do Apoio Matricial

³ O Distrito de Saúde Noroeste, gerencia na Atenção Básica: 08 Centros de Saúde e quatro Módulos de Saúde da Família, que totalizam 27 Equipes de Saúde da Família; um CAPS (Centro de Apoio Psicossocial na Atenção Intermediária; e um Hospital privado conveniado ao SUS na Atenção Terciária (HMCP – Hospital e Maternidade Celso Pierro).

⁴ Estes dois Centros de Saúde não possuem Equipe de Saúde Mental locadas no próprio serviço. Portanto, o serviço de referência em Saúde Mental para o CS Perseu Leite de Barros é o CS Drº Pedro de Aquino; e para o CSE-Ipaussurama, o serviço de referência em Saúde Mental são os

- 2 estagiários na Equipe Azul do CSE- Dr.º. Pedro de Aquino;
- 1 estagiário na Equipe Verde do CSE- Dr.º. Pedro de Aquino;
- 2 estagiários na Equipe Amarela do CS-Perseu Leite de Barros;
- 2 estagiários na Equipe Vermelha do CS-Perseu Leite de Barros;
- 2 estagiários na Equipe Azul do CSE-Integração;
- 1 estagiário na Equipe Amarela do CSE-Integração;
- 1 estagiário na Equipe Amarela do CSE-Ipaussurama;
- 2 estagiários na Equipe Azul do CS-Florence;

Logo no início do ano, ao iniciar-se o estágio, o estagiário é inserido em dupla ou individualmente em uma Equipe de Saúde da Família (denominada de Equipe Local de Referência no Projeto Paidéia de Saúde da Família)⁵, com o objetivo de cooperar com a Equipe, em sua área de atenção específica da saúde mental, a psicologia. Trata-se de prestar Apoio Matricial em Saúde Mental⁶ a Equipe de Referência, como um membro efetivo da Equipe, orientado segundo as diretrizes do Programa de Saúde Mental⁷.

Segundo SOUSA, V D.; GUARIDO, E L.; PADILHA, B M. (2004), esta prática do Apoio Matricial traduz-se em: freqüentar as reuniões, discutir casos e regular fluxo quando necessário, transmitir conhecimentos em Saúde Mental que instrumentalize a Equipe no seu trabalho, realizar visita domiciliar com membros da Equipe, dar assessoria a equipamentos sociais da região e outras tarefas que se apresentem na construção desse Apoio.

CS-Florence e a Clínica Escola de Psicologia da PUC-Campinas.

⁵ Cada Equipe Local de Referência é formada por: 01 médico generalista, 01 enfermeiro, auxiliares de enfermagem e 04 agentes comunitário de saúde – com cobertura de aproximadamente 700 famílias, no caso da Equipe Clássica. Para a Equipe Ampliada, além dos profissionais citados, acrescenta-se 01 pediatra, 01 gineco-obstetra, dentista e auxiliar de consultório dentário e mais 04 agentes comunitário de saúde. A Equipe Ampliada, se responsabiliza por aproximadamente 1400 famílias. (SMS-PMC, 2001).

⁶ Os diversos profissionais de Saúde Mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e assistentes sociais), distribuídos pela Rede de Atenção Básica da Cidade, a partir da reorganização do modelo de atenção, através das Equipes de Saúde da Família, respondem pelo Matriciamento das 150 Equipes como membros efetivos e participantes desta mudança no processo de trabalho. No geral cada profissional de Saúde Mental se responsabiliza como referência do Apoio Matricial por pelo menos duas Equipes de Saúde da Família.

⁷ Diretrizes do Programa de Saúde Mental:

- Apoiar e acompanhar às Equipes Locais de Referência como um membro efetivo nas reuniões semanais;
- Trocar saberes e contribuir para formação de um raciocínio generalista, através de discussão de casos e elaboração de projetos;

Além do Apoio Matricial, os estagiários participam da atividade ambulatorial que acontece nos três Centros de Saúde (conforme citado anteriormente), realizando:

- triagens;
- acompanhamento de casos individuais: avaliação, orientação, psicoterapia, visita domiciliar;
- trabalhos em grupo: com crianças, adolescentes, adultos e idosos, sejam grupos operativos ou psicoterápicos;
- acompanhamento terapêutico: trabalho com pacientes graves que pode ser realizado dentro e fora do Centro de Saúde.

A inserção no território da Saúde Pública, tem demonstrado ao longo destes anos, a diversidade e singularidade desta experiência. Esta multiplicidade aponta para uma polissemia tanto no aprendizado em psicologia, quanto nas invenções e inovações, que este processo de mudança e “trans-formação” permite a todos os envolvidos com a formação em serviço na atenção básica.

-
- Regular o fluxo de encaminhamento dos diversos usuários e prestar assistência especializada aos casos que demandarem atendimento clínico em psicologia (SM-SMS-Campinas, 2001).

“A verdadeira viagem da descoberta não é achar novas terras, mas ver o território com novos olhos.”

Marcel Proust

“Cabe a nós encontrar os acordes, escrever a partitura, dar vida à sinfonia, dar aos sons uma forma que, sem que sem nós, não existiriam.”

François Jacob

Capítulo IV

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

1. O fazer pesquisa: da convivência ao vivido

A origem etimológica da palavra convivência remete ao vocábulo latino “convivi” (CUNHA, 1982), que significa o “ato ou efeito de conviver”, sugerindo uma vida em comum, o contato diário ou freqüente, uma “familiaridade”, o estar próximo como processo de existência. Esta raiz etimológica está intimamente ligada à própria natureza da antropologia, e a pesquisa de cunho etnográfico é uma das mais utilizadas entre os antropólogos.

Sato e Souza (2001), discutindo as estratégias metodológicas de cunho etnográfico no campo da pesquisa em psicologia, evidenciam a pesquisa etnográfica, como uma abordagem investigativa que privilegia o “estudo da vida de pessoas em locais de trabalho”, ou seja, uma metodologia que tem como espaço, o próprio território de convívio dos participantes da pesquisa. Para estas autoras, o verdadeiro significado do trabalho de campo na pesquisa etnográfica é entendido da seguinte forma:

É definida com uma pesquisa sobre e nas instituições, baseada na observação participante e/ou em registros permanentes da vida diária nos locais e contextos em que ela naturalmente acontece (Sato e Souza, 2001: 2).

Neste sentido, a convivência no processo de investigação pretendida neste estudo diz respeito ao enfoque metodológico de caráter etnográfico, e não a etnografia no seu sentido rigoroso, como campo da antropologia que trata da origem histórica de raças e culturas. Trata-se de uma estratégia que privilegia a participação do pesquisador nos espaços de convívio dos participantes da pesquisa, ou seja, requer uma certa imersão, um “estar com”, um tornar-se parte do universo a que pertencem os próprios participantes.

André (1995), em sua larga experiência com pesquisas etnográficas no campo da prática escolar, destaca as seguintes características: o nível de interação do pesquisador com o contexto investigado; esta interação humana irá delineando as escolhas dos informantes chaves e caminhos a seguir; as entrevistas são vistas como recursos de aprofundamento e esclarecimentos de problemas observados; trata-se de uma pesquisa centrada essencialmente no

significado do processo de experiências pessoais e seu entorno; envolve um contato de aproximação no campo dos participantes; e visa “novos conceitos, novas relações, novas formas de entendimento da realidade”.

Para Goetz e LeCompte (1988), a pesquisa etnográfica é entendida como um “processo” de investigação, uma forma de estudar a própria vida humana. Este processo é denominado pelo autor de “desenho etnográfico”, que compreende a seguinte descrição:

- Toda estratégia utilizada proporciona sempre dados fenomenológicos;
- A leitura fenomenológica representa a concepção do mundo dos participantes que estão sendo investigados, de forma a nortear a própria investigação;
- Utiliza-se tanto a **observação participante**, quanto a **observação não participante** para aproximar-se do fenômeno estudado a partir do **universo dos participantes** da pesquisa;
- Possui um caráter “holístico”, e para isto, utiliza-se de várias técnicas para obter os dados.

A pesquisa etnográfica tenta “ser não discriminatória, não preconceituosa”, uma pesquisa que evita emitir julgamentos. Trata-se de um contínuo processo de questionamento em relação aos acontecimentos, através do trabalho árduo de clarificar “o que são e o que significam (fenômenos, eventos, experiências, etc.), como se apresentam e como são vividos, informados pelos sujeitos e observados pelo pesquisador” (Waldow, 2001).

A pesquisa etnográfica também corresponde a uma atitude por parte do pesquisador, de valorização, de desejo, de busca de significados, através da convivência com o outro, ou outros. É no encontro com o outro - que ocorre no convívio, na qualidade e disciplina do tempo de convivência - que se compreende e se realiza todo o processo das buscas “ecologicamente válidas” (Hammersley, apud Sato e Souza, 2001).

Para André (1995), o pesquisador precisa de enorme tolerância à ambigüidade; flexibilidade para fazer escolhas durante o processo; sensibilidade na coleta de dados, relacionados às pessoas, aos comportamentos, a todo o contexto de estudo; recorrer às suas intuições, percepções e emoções; ser

comunicativo, e empático com os participantes; saber ouvir e possuir capacidade de expressão escrita.

Assim sendo, a escolha por parte do pesquisador em estudar a experiência da Formação em Serviço de Saúde Pública do estagiário do Curso de Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, torna-se um ensejo, devido à familiaridade que já possui com os espaços e com os grupos, de estagiários e de funcionários dos Centros de Saúde, onde são realizados os estágios. Esta cuidadosa descrição etnográfica da vida cotidiana, aliada à leitura fenomenológica do processo de formação dos estagiários, contribui em muito para deixar ver ou manifestar o que é possível apreender do fenômeno em foco.

A proposta de investigar a atenção básica à saúde a partir das vivências do próprio estagiário de psicologia visa colaborar no sentido de uma apreensão do significado desta experiência sob a ótica do participante do processo, e não do ponto de vista da instituição formadora. As análises que de certa forma vão ao encontro deste significado, para o estagiário de psicologia, favorecem a compreensão do fenômeno estudado a partir dos diferentes protagonistas que compõem o território da formação em serviço para a atenção básica em saúde pública.

Na verdade, como se observou nos capítulos anteriores, a maioria dos estudos acerca da formação em serviço do estagiário de psicologia na atenção básica, situam-se na denúncia, na falta, no abismo existente entre a formação do psicólogo e a realidade da saúde pública. Esta pesquisa visa compreender uma outra esfera, aquela que se propõe investigar as experiências que têm caracterizado modos existenciais presentes no cotidiano da formação em serviço que vem sendo realizada, sobre o que está sendo construído em relação a esta formação, e os êxitos obtidos nesta trajetória.

2. Compreendendo o processo: o uso da Versão de Sentido (VS)

Foi a partir das reflexões da Banca Examinadora durante o exame de qualificação desta tese, que o pesquisador obteve maior clareza acerca da importância do processo de pesquisa nos estudos de natureza etnográfica. Foram inúmeras as inquietações e dúvidas em relação ao caminho a seguir, sem saber qual o recurso ou instrumento mais apropriado para registrar todo o processo vivido pelo estagiário ao longo de sua formação em serviço. Da necessidade de investigar o cotidiano do estagiário em relação aos significados que eles atribuem aos acontecimentos e às interações que ocorrem no contexto de sua formação, optou-se pela Versão de Sentido (VS).

Mostrou-se uma estratégia adequada ao registro contínuo e processual, pelo próprio estagiário, ao longo de sua trajetória no estágio em Centro de Saúde.

Segundo o autor deste instrumento, denominado por ele “Versão de Sentido” (Amatuzzi, 2001), trata-se de um recurso prático, que inicialmente foi utilizado como uma alternativa aos imensos relatórios exigidos após as sessões de psicoterapia aos terapeutas em formação, a respeito do sentido do encontro a partir das experiências em atendimento psicológico. Além do uso para formação, a VS também vem sendo usada em pesquisas qualitativas, como um método que possibilita um caminho para “compreensão do sentido do encontro”. Em termos práticos a VS consiste em:

um relato livre, que não tem a pretensão de ser um registro objetivo do que aconteceu, mas sim de ser uma reação viva a isso, escrito ou falado imediatamente após o ocorrido, e como uma palavra primeira. Consiste numa fala expressiva da experiência imediata de seu autor, face a um encontro recém-terminado (Amatuzzi, 2001: 74).

Neste sentido, a VS enquadra-se como um recurso apropriado para captar o sentido do estágio, tal como é vivido pelo estagiário na relação direta de sua participação em uma equipe de saúde da família. Como nesta pesquisa buscou-se investigar aquilo que está ocorrendo durante todo o percurso de estágio, trabalhou-se na direção da construção de um conjunto de todas as VSs, como um

alcance abrangente do processo em sua totalidade. Para AmatuZZi, “a partir da análise de séries de VSs, referentes a um mesmo processo, é possível descrever, de um ponto de vista mais fenomenológico, esse mesmo processo” (AmatuZZi, 2001:78).

Finalmente, o uso da VS no cotidiano do estágio acabou sendo um instrumento que elucidou e clarificou aspectos essenciais da experiência dos autores (os estagiários), constituindo-se em um exercício de profundo aprendizado a respeito do sentido dos encontros.

3. A busca do vivido: a pesquisa fenomenológica em psicologia

A pesquisa fenomenológica em psicologia científica é a que se ocupa da experiência vivida, pré-reflexiva, pertencente àquele estágio em que sentimento e pensamento não se distinguem um do outro (AmatuZZi, 1996a e Bonomi, 1974).

Como visão de mundo, a pesquisa qualitativa supõe que a realidade seja construída pelas definições individuais ou coletivas do fenômeno. Os valores e interesses do pesquisador moldam sua visão da realidade, dirigindo a atenção para a consciência do sujeito, baseando-se nos interesses, valores e na situação vivenciada por ele. Portanto o objetivo desse tipo de pesquisa implica a busca da compreensão dos fenômenos humanos. O sentido do vivido é a preocupação essencial, mas como esse sentido depende essencialmente de pressupostos culturais próprios do meio, a pesquisa sempre terá também um caráter histórico-cultural.

Na psicologia, assim como nas ciências humanas em geral, ou nas ciências sociais e educacionais, parece haver uma divergência entre as tendências qualitativa e quantitativa, no que diz respeito às práticas metodológicas. A tese da unidade defende que os métodos quantitativos e os qualitativos não são incompatíveis, mas estão intimamente interligados. Admite e adota a articulação e complementaridade desses paradigmas a fim de fazer avançar o conhecimento humano que, pela sua complexidade, necessita ser pesquisado sob os mais diferentes ângulos e segundo as mais variadas metodologias.

Giorgi (1978) aborda essa diversidade no campo da Psicologia, destacando duas possibilidades de investigação científica nessa área. Uma possibilidade é a

ciência natural, que vai ao encontro do método experimental, quantitativo; já a outra possibilidade prioriza a subjetividade humana e aproxima-se do método qualitativo. Para aquele autor, a Psicologia deve partir de sua própria visão de mundo em sua construção científica, de um retorno às origens fenomenológicas dos processos psicológicos. Para a *fenomenologia*, o mundo que o sujeito percebe é um mundo envolvido por significações. E como opção para o fazer científico da psicologia, esta deve voltar-se para as experiências vividas, tendo a redução fenomenológica como forma de busca do vivido.

Forghieri (1993) apresenta este recurso da redução fenomenológica da seguinte forma:

A redução fenomenológica consiste em retornar ao mundo da vida, tal qual aparece antes de qualquer alteração produzida por sistemas filosóficos, teorias científicas ou preconceitos do sujeito; retornar à experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permita chegar à essência do conhecimento, ou ao modo como este se constitui no próprio existir humano (Forghieri, 1993: 59).

Esse exercício de redução fenomenológica pode ser entendido como um momento em que se deixa de lado, pelo menos por ora, todas as crenças, julgamentos, preconceitos, teorias e sentimentos sobre a vivência do sujeito, para refletir e descrever os significados em relação à essência do sujeito em si mesmo. O pesquisador deve procurar fazer a redução fenomenológica, tanto para investigar o vivido de outras pessoas, como também sua própria vivência, não levando em conta seus conhecimentos anteriores sobre a experiência que está sendo investigada.

Dessa forma, a atitude descrita acima nos transporta para uma modificação de olhar, um direcionamento para a investigação da experiência vivida (Bonomi, 1974).

Na perspectiva de redução fenomenológica, o objetivo deste estudo consiste em apreender as vivências cotidianas dos participantes no que se refere a experiência do estágio de Psicologia Clínica em Centros de Saúde pertencentes

ao sistema básico de saúde do município a partir da inserção e integração entre Equipes de Saúde da Família e Equipes de Apoio Matricial de Saúde Mental.

O método proposto por Giorgi (1985) é o de uma análise fenomenológica dos relatos verbais, dividida em quatro passos:

a) Sentido do todo - leitura global do material verbal produzido, com a intenção de entrar em contato com o sentido geral do discurso (esse passo de leitura global, deve ser feito, tantas vezes quantas forem necessárias);

b) Divisão do depoimento em Unidades de Significado, de acordo com as mudanças de significado psicológico. A partir daí, pode-se chegar aos temas do depoimento;

c) Transformações das expressões cotidianas em linguagem psicológica com ênfase no fenômeno investigado - nesse passo o pesquisador faz leitura psicológica compreensiva, contida em cada unidade de significado;

d) Síntese de Unidades de Significado transformadas - um relato feito pelo pesquisador, sintetizando todas as unidades de significado transformadas em linguagem psicológica, e assim descrevendo a vivência do sujeito.

Esse tipo de pesquisa que AmatuZZi (1996a) denominou pesquisa fenomenológica de tendência “empírica”, ou “científica” visa trabalhar com depoimentos (entrevistas, relatos de experiência, etc.). Estudando os passos propostos por vários autores para a pesquisa fenomenológica, esse autor encontrou uma estrutura de análise, comum a todos. E essa estrutura compõe-se, segundo AmatuZZi de três momentos que se articulam dialeticamente:

- 1) “*sintonização*” com o vivido;
- 2) encontro dos componentes significativos do vivido;
- 3) formulação articulada da estrutura do vivido.

“...fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve...”

Benilton Bezerra

“Uma instituição é a sombra ampliada de um homem.”

Ralph Waldo Emerson

Capítulo V

SAÚDE PÚBLICA: UM ESPAÇO PARA MEDIAÇÃO DIALÓGICA

1. Os participantes da pesquisa:

Como a intenção desta pesquisa é a de apreender a vivência do processo de formação em serviço do estagiário de psicologia na atenção básica, decidiu-se selecionar para análise, as entrevistas dos estagiários que estivessem desenvolvendo tanto as práticas ambulatoriais, quanto a participação nas reuniões semanais da equipe de saúde da família num mesmo Centro de Saúde. Este recorte demonstrou ser necessário em função das outras entrevistas se revelarem pouco anunciadoras do fenômeno investigado, desviando-se mais para uma avaliação das dificuldades e resistências em relação a implantação das diretrizes do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Assim, foram excluídas as entrevistas dos estagiários que estavam participando de equipes de saúde da família que não se reuniam regularmente, e também dos estagiários que realizavam a parte ambulatorial em um Centro de Saúde e a parte do Apoio Matricial em outro Centro de Saúde.

A partir destes critérios, participaram desta pesquisa seis estagiários do último ano do Curso de Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, pertencentes a dois grupos do estágio supervisionado em Psicologia Clínica referentes a dois Centros de Saúde-Escola da região Noroeste de Saúde.

2. Contexto: da sala de supervisão ao Centro de Saúde-Escola

De acordo com o desenho etnográfico deste estudo, o processo de investigação e de busca dos significados do cotidiano do estagiário de psicologia na atenção básica, consistiu em um debruçar-se nos distintos espaços deste universo do processo formativo: da extensão da sala de supervisão ao campo de formação em serviço – o Centro de Saúde.

A fase inicial de entrada no campo, apresentação e início da convivência do pesquisador com os estagiários ocorreu nas salas de supervisão grupal do Estágio Supervisionado em Psicologia Clínica, localizadas na Clínica-Escola de Psicologia, situada no Campus II - Centro de Ciências da Vida (CCV) - da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Este processo inicial caracterizou-se por discussões e reflexões do grupo de supervisão

baseadas nas expressões pessoais dos estagiários acerca de temas como SUS, Saúde Pública em Campinas, assim como suas expectativas em relação ao campo de estágio e a escolha de cada estagiário por um determinado Centro de Saúde, de acordo com o interesse e com a compatibilidade de horários.

Num segundo momento, os estagiários foram inseridos nos Centros de Saúde (CS) da Região Noroeste da Cidade de Campinas, sendo apresentados em dupla ou individualmente às Equipes de Saúde da Família para realização do estágio. Esta Região possui um total de oito Centros de Saúde, dos quais três são caracterizados como Centros de Saúde-Escola (CSE).

Cada estagiário participa da supervisão grupal por 6 horas semanais e permanece no Centro de Saúde mais 6 horas, o que compõe um total de 12 horas por semana, durante um período de 11 meses, de fevereiro a dezembro. Metade do tempo semanal do Estágio é dedicado a atividades ambulatoriais, atuação clínica individual e grupal, e a outra metade como participante das reuniões semanais das Equipes de Saúde da Família para realização do Apoio Matricial (realizado em duplas ou individualmente, em alguns casos). A distribuição dos participantes da pesquisa nos Centros de Saúde Escola ficou da seguinte maneira: CSE Pedro de Aquino (três estagiários) e no CSE Integração (três estagiários).

3. Procedimento

Tratando-se de um estudo etnográfico desenvolvido no contexto da prática do estágio em Centro de Saúde, com a finalidade de descrever, compreender e interpretar o fenômeno da formação em serviço do estagiário de psicologia clínica no campo da saúde pública, fez-se necessário um planejamento cuidadoso acerca do estar no campo, e principalmente, de elementos presentes no relacionamento dos participantes com o pesquisador.

Inicialmente, esta pesquisa foi submetida ao consentimento dos coordenadores de Centros de Saúde e dos docentes supervisores responsáveis pelo estágio (Anexos A1 e A.2), tendo por finalidade tanto o esclarecimento em relação à pesquisa, como a autorização para que o pesquisador pudesse começar seu registro de campo como observador participante até o término do ano letivo.

O fato do pesquisador também trabalhar como psicólogo nesta Universidade desde 2000, tendo como parte de suas funções técnicas a participação nas supervisões semanais dos dois grupos de estagiários, bem como no acompanhamento sistemático dos estagiários nos Centros de Saúde, facilitou muito a proximidade, familiaridade e a própria convivência entre estagiários e pesquisador, como condições essenciais para um estudo de cunho etnográfico.

Com a finalidade de descrever a vida cotidiana no contexto do estágio, o pesquisador entregou a cada estagiário um “Diário de Versões de Sentido em Saúde Pública” (Anexos A4 e A5). O Diário foi entregue no início do segundo semestre do ano letivo, durante a supervisão dos dois grupos. Na ocasião o pesquisador explicou a importância do registro semanal no Diário durante todo o período do segundo semestre, como estratégia para aproximar-se da vivência imediata do estagiário, para compreensão do processo de formação em serviço ao longo do estágio. Também foram realizadas entrevistas individuais semi dirigidas com os estagiários, construindo assim, um mosaico de fenômenos acerca do tema de estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2004, privilegiando assim, o final de um período completo de estágio. Todos os depoimentos foram gravados, sempre com o consentimento dos sujeitos que participaram da pesquisa, sendo que cada sujeito recebeu o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, que depois de lido na presença do pesquisador, foi por ele(a) assinado (Anexo A3). Foi explicitada a finalidade da pesquisa, bem como o sigilo estabelecido para a situação. Também foi esclarecido que os nomes dos participantes da pesquisa seriam modificados quando citados, a fim de que a confidencialidade fosse mantida e o sigilo preservado, garantindo-lhes o anonimato. A alteração do nome do participante foi feita pelo próprio estagiário, através da escolha de um pseudônimo para identificação do Diário de Versões de Sentido. Foram adotados todos os procedimentos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e segundo termos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, com respectiva aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas.

Seguiu-se o modelo de entrevista do tipo não-diretiva ativa, que é estruturada com a finalidade de se obter o máximo de colaboração dos sujeitos

entrevistados através de um clima de descontração, de modo que eles possam expressar-se livremente (Chizzotti, 1995). O pesquisador procurou intervir o mínimo possível, apenas quando necessário, para estimular uma expressão mais próxima do tema do estudo.

As entrevistas foram iniciadas da seguinte maneira:

- Atualmente com a transformação do modelo de Atenção Básica à saúde, os Centros de Saúde estão organizados em Equipes Locais de Referência de Saúde da Família e Equipes de Apoio Matricial de Saúde Mental. **(definindo o tema de pesquisa)**

- Estou fazendo uma pesquisa sobre como os estagiários de psicologia que pertencem a estas equipes vivenciam isso, isto é, como vivenciam sua formação em saúde pública. **(interesse do pesquisador)**

- Gostaria que me contasse algo sobre sua própria experiência a este respeito. **(convite ao sujeito)**

4. Análise dos dados:

Em relação aos dados de pesquisa, notou-se que as várias estratégias para coleta de dados evoluíram para a compreensão da vivência em duas fases:

Fase Processual: a) registros em Diário de Versões de Sentido – Síntese subjetiva dos estagiários sem interferência;

Fase Relacional: b) entrevistas individuais semi dirigidas com os estagiários na Universidade – Síntese intersubjetiva, construída a partir do encontro do pesquisador com os estagiários.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, transcritas para composição do depoimento, e analisadas sob um enfoque qualitativo fenomenológico, seguindo os seguintes passos:

1. Seleção dos trechos relevantes

Selecionar os trechos relevantes de todos os registros escritos de acordo com o objetivo do estudo.

2. Agrupamentos Temáticos.

Agrupar os trechos relevantes por temas, com a finalidade de reuni-los em um mesmo grupo temático.

3. Descrição Compreensiva e leitura psicológica.

Redizer com as próprias palavras o que se compreendeu de cada agrupamento temático e, logo em seguida, escrever a compreensão psicológica, levando-se em conta o sentido do todo e o problema em foco.

4. Síntese Integrativa Final

Relato feito pelo pesquisador, integrando as categorias temáticas em um texto consistente, descrevendo a vivência do sujeito.

5. Estrutura Geral

O objetivo deste passo foi integrar em apenas uma descrição, da forma mais completa possível, a riqueza de conteúdo das sínteses de cada sujeito, levando em conta os elementos comuns e divergentes dos depoimentos.

“Aperfeiçoe a arte de escutar, ficar atento, com o coração quieto, a alma receptiva, sem paixão, desejo, preconceito e opinião.”

Herman Hesse

Capítulo VI

DESCREVENDO OS SIGNIFICADOS DAS VIVÊNCIAS

Os significados das vivências serão apresentados em duas partes. A primeira parte diz respeito à Fase Relacional da pesquisa, obtida através das entrevistas semi dirigidas com cada estagiário. A seguir virá uma apresentação da Fase Processual da pesquisa, obtida através dos registros semanais, individuais no Diário de Versões de Sentido de cada estagiário.

1. Conversando com os estagiários

A seguir serão apresentados os passos da leitura fenomenológica que diz respeito à construção da Síntese Integrativa de cada participante, e ao final a composição da Estrutura Geral que corresponde aos principais significados da vivência dos estagiários participantes nas atividades desenvolvidas como membros de equipes de saúde da família em Centros de Saúde.

1.1 Análise do depoimento de Júlia

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passos)

a) Inserindo o estagiário de psicologia na Equipe de Saúde da Família como campo de atividade na atenção básica.

Eu não imaginava que era daquele jeito, não tinha muita noção do trabalho em equipe, e quando eu cheguei na equipe eu achei assim, que eu não ia aparecer muito, veio na minha cabeça, será que vou poder ajudar em alguma coisa, será que vão dar importância a uma estagiária? No começo do estágio eu ficava meio sem saber o que falar, com medo de falar errado, ficava mais pensando do que falando, eu prefiro pensar do que falar, vou só pensar.

Júlia comenta que no início do estágio havia uma certa expectativa da equipe em relação às estagiárias de psicologia:

Tinha uma expectativa, será que eu vou poder ajudar, será que eu estou preparada? E assim, conforme foi passando as reuniões, no começo eu tinha muita insegurança de falar alguma coisa, de estar todo mundo me julgando, principalmente as médicas, tinha muito medo de falar alguma coisa errada... Eu achei que eles estavam com expectativa, no fim fiquei um pouco com medo, será que a gente cumpriu essa expectativa, será que a gente pôde ajudar? Porque eles elogiaram muito o pessoal do ano passado, porque ajudou muito, contribuiu muito, que bom que a gente estava chegando e poderia contribuir também, e eu fico me perguntando: “será que a gente ajudou? As vezes, eu acho que falei pouco, que eu poderia ter contribuído mais, eu fico pensando comigo mesma, sobre toda essa experiência, será que eu poderia ter contribuído mais

Ao descobrir que sua dupla de estágio iria se ausentar de algumas reuniões de equipe, Júlia pensava:

“__ai meu Deus vai sobrar tudo para mim, e como a Pediatra é de falar bastante, ela vai me dar umas cortadas...”

Eu acho que foi por isso que eu me achei muito insegura no começo, porque nos quatro anos de faculdade eu nunca tive uma experiência prática com outros profissionais de saúde, com a própria realidade da população... Daí bateu aquela insegurança, aquele medo de não corresponder o que a equipe estava esperando, então fiquei me cobrando muito, por isso acho que fiquei muito quieta no começo das reuniões da equipe. Por isso que eu estava com medo, porque na verdade eu estava me sentindo avaliada, porque ali eu não estava apenas aprendendo, eu tinha que contribuir com alguma coisa, eu acho que estava ali não só como uma estagiária aprendendo, mas como alguém que tem, tem não, que está ali ajudando e pode contribuir.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Júlia, a sua inserção na equipe foi algo totalmente novo, uma prática de psicologia que ela desconhecia. Esta novidade a fez sentir-se inexperiente para o trabalho em equipe, e trouxe uma série de dúvidas em relação a sua capacidade de poder ajudar os membros da equipe. Diante deste embaraço, Júlia resolve calar-se, com receio de falar algo errado durante a reunião.

No início, Júlia sentiu-se cobrada pela equipe, teve “medo” em não corresponder o que ela julgou que a equipe esperava dela, principalmente os médicos. Também sentiu-se insegura frente as comparações da equipe em relação ao bom desempenho dos estagiários do ano anterior. Apesar de perceber sua capacidade para contribuir com a equipe, hoje ela ainda tem dúvidas com relação a sua participação nas reuniões.

Atualmente, Júlia avalia que toda insegurança e seu acanhamento em relação a equipe, é conseqüência da própria Universidade, que só proporcionou a experiência prática em saúde pública (contato com outros profissionais de saúde e população), apenas no último ano da faculdade. Para Júlia, o estágio em Centro de Saúde, é muito mais que um espaço de aprendizagem, é um campo onde se responsabiliza pelas necessidades do serviço.

Interpretação

Vivência de uma surpresa por descobrir uma prática em psicologia desconhecida. Sentir-se inexperiente para o trabalho em equipe, questionando-se quanto a capacidade em ajudar os membros da equipe. Insegurança (“medo”) frente a expectativa da equipe. Reconhece seu potencial para colaborar com a equipe, e ao mesmo tempo, sentimento de ambigüidade em participar das reuniões. Julga que a inserção tardia no estágio é a causa da insegurança e da timidez. Percebe que o campo de estágio supera o aprendizado convencional, respondendo pelas necessidades do serviço.

b) O estágio proporcionando vivências de enfrentamento de dificuldades, de desenvolvimento e de crescimento, possibilitando transformações pessoais.

Mas conforme foi passando, eu vi a nossa importância no grupo, ...aí eu fui vendo o que eu ia falando, e conforme eu fui me soltando e falando, e vendo que todo mundo ajudava, falava alguma coisa... Então assim, acho que foi bom tanto pessoalmente para mim que sou tímida, que não consigo muito, falar em público, quanto para experiência como psicóloga e quanto à fazer parte de uma equipe também. ...comecei a me soltar

mais, principalmente agora mais no final do ano, e do estágio. ... agora eu comecei a falar mais, comecei a pegar uma segurança grande e ter essa noção de equipe mesmo, de que todo mundo está ali pra ajudar, pra conversar, discutir e não para julgar. Então eu comecei a me sentir menos insegura e agora no final do estágio estou conseguindo falar...

Eu acho, que ajudou muito enquanto pessoa... Porque eu acho que o psicólogo tem que ser muito assertivo, falar bastante, e eu tinha essa preocupação. Quando eu comecei a fazer psicologia, eu falei: __ “gente eu não sou assertiva, preciso falar né, e desenvolver isso em mim”. Uma psicóloga precisa falar, colocar e não ter vergonha. E acho que nas reuniões de equipe neste estágio eu pude desenvolver isso, esse meu lado mais tímido, pouco assertivo, de falar o que pensa. Que nem hoje, você tem chegar e falar com a médica, eu já fico assim: __ “ai meu Deus, vai ser difícil, vai ser uma coisa que vou enfrentar, uma experiência a mais”, situações que vão aparecendo e que eu vou me desafiando. Eu tenho que fazer, o ano que vem vou ser uma profissional, e aí? Eu tenho que fazer isso, então acho que a reunião da equipe é um espaço para isso. É uma oportunidade de eu estar desafiando essas coisas novas que eu sempre tive dificuldade, e que esta oportunidade é ali na prática em equipe, eu já sou quase uma profissional, então tenho que fazer.

Passado um ano de estágio ela relata:

... então agora no fim do estágio, parece que estou usando mais isso, procuro tirar o tempo perdido. Fico pensando: “será que eu fiz o meu papel mesmo, do que eu tinha que ter feito?” Ainda hoje, eu tenho essa dúvida um pouco, que nem eu falei, acho que eu poderia ter ajudado mais, mas como sou muito insegura em tudo na vida, não só na reunião, em tudo sou muito insegura, então eu acho que é algo que eu preciso desenvolver mais, essa minha insegurança, e que foi algo que me atrapalhou um pouco no início com a Equipe. Mas por outro lado, ajudou para eu estar desenvolvendo isso, para eu estar podendo falar.

... Porque quando é só a gente e o paciente, aí fica mais fácil, mas quando a gente está com outros profissionais, a gente vai desenvolvendo outras habilidades, vai se soltando, colocando sua opinião, sendo assertivo, e a assertividade é o que sempre precisei desenvolver em mim.

... É, não era só uma sala de aula, eu estava ali para contribuir com o paciente que estava precisando. Então de alguma forma, ou de outra, eu ficava meio me

cobrando: “então, será que isto que eu vou falar é certo. Ah, acho que é errado, estou aqui, e isto é sério, não é nenhuma sala de aula. Na sala de aula eu posso falar e alguém vai me corrigir, aqui não, aqui eu tenho que falar o que acho que está certo, não posso ficar errando muito”. Mas foi válido, como eu mesma costumo dizer: “antes tarde do que nunca”. Pois mesmo esta experiência sendo um pouco tarde, mas acho que foi bom, pois imagina se fosse o ano que vem tudo isso, aí eu estava perdida, por isso acho que ajudou muito meu lado pessoal, como tinha falado, sou muito insegura, medrosa, pelo menos o ano que vem, se eu cair num Centro de Saúde, já estou mais preparada.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Aos poucos Júlia foi percebendo o seu valor na equipe. Mesmo reconhecendo-se tímida e tendo dificuldade para falar em público, percebe que há uma relação de ajuda na equipe para que todos possam participar. Isto a fez sentir-se mais a vontade para dar sua opinião, principalmente ao final do estágio. Atualmente ela avalia que esta experiência foi positiva, e compreende que pertencer a uma equipe de saúde diz respeito a uma relação de diálogo, de ajuda, onde não há julgamentos entre as pessoas. Hoje sente-se mais segura do que no começo do estágio, e percebe que o trabalho com outros profissionais de saúde possibilitou uma oportunidade única para descobrir habilidades pessoais. Percebe uma diferença grande entre a sala de aula na Universidade e a realidade de estágio no Centro de Saúde, acredita que no estágio há uma auto-cobrança para não se cometer erros. Atualmente sente-se preparada para trabalhar em Centro de Saúde, porém, acredita que esta experiência aconteceu muito tardiamente.

Interpretação

Sentimento de ser reconhecida e valorizada na equipe. Reconhece sua timidez e sua dificuldade para expressar-se em público. Percepção do interesse da equipe, em ajudar aos membros para que todos participem; e alívio por sentir mais interesse em opinar. Sentimento de pertencer a equipe, em consequência do não julgamento, do diálogo e da ajuda. Percepção do trabalho em equipe como possibilidade de desenvolvimento de habilidades pessoais. Sentimento de segurança. Senso crítico em relação ao distanciamento entre a academia e a realidade do Centro de Saúde. Satisfação por sentir-se apta para o trabalho em Centro de Saúde.

c) Compondo a Equipe de Saúde da Família como vivência da integração de diferentes profissões.

... A gente acaba tendo que saber um pouco de tudo, que nem eu falei, os Agentes de Saúde parecem que sabem um pouco de psicologia, a gente tem que saber o que os Agentes de Saúde fazem, um pouco do que os médicos fazem, e eles também... É claro que foi só um ano de estágio, que eles estão lá há muito mais tempo, eles tem muito mais experiência, eu fui aprendendo isso aos pouco.

Claro, me ajudou muito... Eu comparo esta oportunidade da participação na Equipe, como uma experiência bem diferente do que se eu tivesse feito apenas atendimento clínico, eu ficaria muito sozinha, só você e o paciente. Já nessa equipe, eu acho que foi muito bom eu ter feito o estágio em Centro de Saúde, porque eu pude enriquecer esse meu repertório, estar falando com outros profissionais, de estar vendo como outros profissionais trabalham, e se eu tivesse feito só a clínica, eu não teria isso e foi o que ajudou bastante.

A propósito da relação com os profissionais da equipe, Júlia comenta sobre sua experiência com os Agentes Comunitário de Saúde:

Eu acho, que é bastante importante, eles contribuem bastante nas reuniões, porque são eles que conhecem todo mundo, você fala de tal pessoa, eles já dizem que é amigo de outra pessoa... Durante a própria reunião de equipe, eles dizem: "já conheço essa pessoa, conheço a outra", eles conhecem o ambiente, as vezes nem precisa fazer a visita pra família, porque sempre algum Agente já conhece, então facilita bastante, até porque tem uns Agentes de Saúde que eles têm uma visão bem ampliada mesmo, não só de Agente de Saúde, acho que eles são muito bons.

Por outro lado ela também avalia que a equipe poderia ter outros profissionais:

... té falei que na equipe deveria ter uma T.O, porque eu não sei muito bem o que a T.O faz, queria conhecer mais. Porque as vezes a gente indica um paciente para T.O,

mas se tivesse uma T.O na própria equipe eu saberia mais, porque as outras funções de cada um eu já pude compreender; a função da ginecologista, da clínica geral, que geralmente pega tudo, a pediatria, então a gente sabe um pouco mais, quando encaminhar para esses profissionais, agora uma T.O, ou mesmo um fisioterapeuta que também não tem na equipe, a gente poderia ter mais contato com essas profissões.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Júlia, ser membro da equipe implica, tanto em conhecer a área dos vários profissionais de saúde, como compreender a atividade prática de cada profissional. A própria convivência semanal com todos os profissionais, contribuiu para aumentar suas habilidades no trabalho multiprofissional. Percebe que trata-se de uma aprendizagem singular, em comparação ao estágio voltado apenas para a prática de atendimento clínico. A presença do Agente Comunitário de Saúde na equipe é valorizado como um profissional que possui visão ampliada no trabalho, e como aquele que tem mais informação sobre a população e a comunidade. Ela também sente a necessidade em aprender sobre outras profissões, e sugere a inclusão de um Terapeuta Ocupacional e um fisioterapeuta na equipe.

Interpretação

Necessidade de conhecer o núcleo de cada profissional da equipe, tanto conceitualmente quanto na prática. Percepção de desenvolvimento de habilidades pessoais para o trabalho multiprofissional, através da aprendizagem singular que se dá no convívio com os profissionais de saúde. Percebe o Agente Comunitário de Saúde como o profissional que possui as características necessárias para este modelo de atenção à saúde: visão ampliada e informação sobre os usuários e a comunidade. Preocupação em aprender sobre outras profissões da saúde, e desejo de incluir outras especialidades na equipe.

d) Transformando a prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família.

Por que ali não tinha só o papel de ser uma psicóloga, eu tinha o papel de pertencer a uma equipe, porque ali eu percebi que todo mundo sabe um pouco de psicologia, inclusive os Agentes de Saúde. Eu senti, que elas têm muitas técnicas, elas entendem bem os problemas das famílias, elas fazem um análise boa, na Equipe todo mundo é um pouco de psicóloga, um pouco de médico, um pouco de clínico, todo mundo entende um pouquinho de tudo.

... por exemplo em relação aos casos, se a gente não recebesse os casos na reunião de Equipe e se não fosse discutido em Equipe, eu pegaria em outro lugar, vamos supor numa pasta. Eu acho que seria completamente diferente o atendimento, a própria psicoterapia seria diferente se não fosse trazido aqui na reunião, com várias informações, tantos dos Agentes de Saúde, quanto dos médicos que já atenderam, então às vezes você pega um caso e não conversa com ele, você não sabe quem já atendeu, o que já estava fazendo, o que já está sendo feito, e na equipe isso enriquece muito.

... às vezes você não está dando conta do seu papel no acompanhamento do caso, então você pode trazer para reunião na Equipe. Se você acha que não é suficiente o que você está fazendo, você pode levar para a equipe e pedir uma ajuda. As vezes há casos que precisa de algo a mais, daí eu levo para equipe, para ver como os outros profissionais da equipe entendem o caso, e a equipe traz sua ajuda, eu acho isso muito legal. Isto aconteceu semana passada mesmo, eu levei um caso que já tinha sido pensado alguns encaminhamentos, e na equipe eu pude ter todas essas informações, que se não tivesse a reunião de equipe... Até procurar um profissional, falar com um, falar com outro... Em equipe é diferente, os Agentes de Saúde já sabem de tudo, parece que eles são os que mais sabem, sabem dos atendimentos médicos, eles sempre falam: ___“não esse paciente já fez isso, a gente já foi visitar por causa disso, disso e daquilo...”, então cada um traz algo que contribui muito.

Eles guardam muitas coisas, não precisam nem pegar o prontuário, é de memória mesmo... Isto, é um trabalho de mão dupla, que pode sair tanto da reunião de equipe para sessão psicoterápica, quanto da sessão para reunião.

Como naquele caso que eu comentei pra você. Foi na reunião que eu fiquei sabendo se a T.O já tinha atendido, isto era uma dúvida que eu tinha, eu estava em dúvida porque a T.O atendeu, eu não estava entendendo, se era um caso para psicologia, o que a T.O tinha feito... Até porque, eu também não sei ao certo o que a T.O faz, eu não entendo muito bem, então na reunião eu pude entender um pouco melhor qual foi o trabalho, apesar de não ter a T.O na nossa equipe, pois a T.O que atendeu este

caso, não era dessa equipe, mas a equipe já sabia, porque as pessoas sabiam que mesmo a T.O fazendo o matriciamento da outra equipe, a paciente era da responsabilidade da nossa equipe, então eles sabiam do caso, sabiam que a T.O já tinha atendido, o que tinha sido feito, o porque a T.O tinha atendido, a própria enfermeira da nossa equipe foi falando de todos os detalhes, e como já se sabia de quase tudo, então eu falei: __“Ah, nem preciso falar com a T.O, pois até aqui eu já entendi tudo.” ... porque eu falei: __”mas porque a T.O está atendendo?” Fui perguntar na equipe e aí elas me explicaram o porque foi para a T.O, tudo direitinho, então na equipe esclareço às dúvidas de cada caso...

E outra experiência que achei muito interessante, e que eu não sabia que isto existia, pois a minha cidade é pequena, e lá ainda não tem isto. É o fato das famílias serem de responsabilidade de uma determinada equipe, é pouca gente para todo mundo saber, fica só ali entre eles da equipe. A médica já sabe quem é que vai ser atendido, porque já conhecem a família inteira. Então achei isso muito interessante, você pega a pasta, e está todo mundo ali.

Porque assim, se não tivesse a equipe, a médica que atendeu nem ia lembrar de que família seria, se atendeu a filha semana passada ou se atendeu o irmão ontem, nem ia lembrar, mas como é uma equipe que tem os paciente restritos, então dá para estar acompanhando, e isso que eu achei bem legal. ... por isso até que eles tem essa memória, porque eles estão acompanhando a família toda. Apesar que eles falam que a Equipe deles é a que mais tem ruas, quarteirões, como área de abrangência, e que parece que aumentou um pouco o número de usuários de responsabilidade da equipe, mas acho que eles dão conta, porém, se fosse sem esta divisão por equipe, aí seria muito difícil para fazer meu trabalho.

Redizendo o depoimento (3º passo)

No estágio de psicologia clínica em Centro de Saúde há uma multiplicidade de funções, Júlia percebe que além de estar no serviço como psicóloga, também tem a função de ser membro da equipe. Esta organização do serviço através da reunião em equipe causam transformações profundas na prática clínica: o acompanhamento, a responsabilidade pelas decisões, e as informações sobre os usuários, acontecem de forma coletiva. Isto auxilia no esclarecimento de possíveis dúvidas, para uma atenção mais resolutiva as pessoas. Também reconhece os vários benefícios para as famílias, em razão do vínculo da equipe

enquanto referência para os atendimentos. Esta divisão por equipe foi uma novidade para Júlia, que compreende tal estratégia como um mecanismo que auxilia o trabalho de todos.

Interpretação

Percepção da necessidade de uma maior flexibilidade profissional. Percebe as mudanças como algo que favorece a atenção à saúde das famílias, como uma clínica coletiva, bem mais próxima da comunidade e resolutiva. Reconhece a atuação em Centro de Saúde como uma prática inovadora, sentida como uma surpresa pessoal, e percebida como um recurso essencial para o trabalho de todos da equipe.

e) Organizando a atenção à saúde mental a partir da convivência entre estagiários e Equipe de Saúde da Família.

Assim, como a gente não conhecia muito bem o trabalho em Centro de Saúde, e a própria equipe também não conhecia o nosso trabalho... Acabou acontecendo isso mesmo de inicialmente passarem um monte de casos, e a gente sem saber o que fazer... Depois aos poucos eles foram perguntando: __“Ah, e aquele caso que a gente passou, deu certo?”, aí a gente começou a falar que a gente não estava dando conta de tudo, e assim eles foram compreendendo que realmente não dá pra fazer tudo o que eles desejariam, parecia que no começo eles achavam que a gente estava ali para dar conta de tudo, se na visão deles o caso fosse com demanda para psicologia, era só trazer pra nós. Eu sabia que a gente não ia dar conta de tudo, mas eu não falei para a equipe, fui só deixando eles irem entregando os casos, e quando elas começaram a cobrar, foi que a gente explicou: __“não, nós não estamos aqui na equipe para atender tudo, e todos os casos que vocês trouxerem”, aos poucos eles foram compreendendo, a própria equipe foi entendendo, eles foram falando: __“e então tá bom”, eles já iam falando, “ó, a psicologia tá cheia”, e lá na recepção do Centro de Saúde, eles diziam: “__não é assim, não dá para encaminhar tudo”, eles foram percebendo.

Eles não me perguntaram muito, às vezes a gente que voltava com alguns casos. Até quando a gente foi organizar o grupo de entrada, a gente fez uma lista com todos os pacientes que estavam aguardando uma resolução na saúde mental e levamos esta lista

pra equipe. Daí quando comentamos sobre esta lista, eles falaram: __ "Ah, aquele caso", eles mesmo foram lembrando, mas se gente não falasse, eles não teriam muito conhecimento, se a gente estava atendo ou não. Às vezes alguém da equipe cobrava, porque o paciente tinha ido lá no Centro de Saúde perguntar sobre o atendimento, aí sim, se esse paciente não fosse atendido, o funcionário levava para a reunião: __ "ó esse paciente esteve aqui no Centro de Saúde perguntando se vocês não vão ligar", só assim, do contrário eles não são muito de perguntar...

Por exemplo quando a gente resolveu fazer este grupo de espera, a gente fez uma lista de todo mundo que a gente não estava atendendo, e depois a gente foi perguntando, para a equipe: __ "esse paciente como ele está, porque este paciente faz tempo que estava na espera, vocês estão sabendo alguma coisa dele, o que aconteceu, alguém já o atendeu?" Às vezes alguém da equipe dizia que já tinha sido atendido, então na própria equipe já decidíamos se o paciente iria para o grupo de espera ou não... Daí pegávamos outro nome e perguntávamos: "__ e este outro paciente como ele está". E eles diziam: "__ Ah esse paciente é bom ir para o grupo..." Nós fomos discutindo a formação do grupo de entrada junto com a equipe, e foi muito legal, tiramos um tanto de pessoas que pensávamos que estavam lá aguardando por atendimento, mas na verdade tiramos ou porque já estava fazendo parte de algum outro grupo, ou porque estava recebendo outro tipo de acompanhamento. As pessoas deste grupo, eram pessoas que tinham demanda recente, não tinha muita gente aguardando desde o começo do ano, porque nossa intenção inicial era chamar as pessoas que estivessem aguardando a mais tempo, gente antiga... E eu até achei que a gente deu conta da demanda, conseguimos atender bastante gente.

Ah, eles acharam super legal, acharam muito legal. Pois, a gente falou pra equipe que não íamos atender no próximo ano, e que então, os casos que realmente fossem para atendimento na psicologia seriam passado para os novos estagiários de 2005. Não sabíamos quando estes casos seriam atendido, mas a equipe achou ótimo. Foi uma experiência boa, inclusive para os próprios usuários, de conversarmos com eles. Porque muitos dos usuários acabam indo várias vezes no Centro de Saúde, e cobrando da equipe. E por outro lado, a equipe também fica sem ter o que fazer, pois se a gente não dá um retorno, a equipe sabe que não poderá encaminhar direto para saúde mental. Então, para a equipe também foi melhor, para evitar que as pessoas fiquem dizendo que nunca são atendidas, e parem de cobrar tanto.

Redizendo o depoimento (3º passo)

A experiência na equipe de saúde foi um aprendizado, tanto para as estagiárias, quanto para a equipe como um todo, em relação a função do estágio nas reuniões da equipe. Na prática, foram aprendendo qual a demanda da psicologia, qual o papel dos estagiários de psicologia no Centro de Saúde, como organizar o fluxo de entrada dos usuários para atendimento em psicologia. Toda esta aprendizagem só foi possível através das discussões de casos na reunião de equipe; do envolvimento de todos os funcionários, uma inter-relação que acabou em esclarecimentos para a própria população.

Interpretação

Percepção da reunião da equipe como espaço de aprendizagem; de reconhecimento da função dos estagiários, e para organização do fluxo de demanda na psicologia. Percepção das condições necessárias para o desenvolvimento da integração das questões de saúde mental na Equipe e suas conseqüências.

f) Encontrando algumas dificuldades ao longo do estágio

Assim, eu andei pensando um pouco sobre tudo isto, e me perguntando se este estágio que eu escolhi no Centro de Saúde, se trouxe alguma colaboração para minha atuação como psicóloga clínica mesmo, como estar lidando com o paciente. Às vezes acho que faltou um pouco mais tempo para conseguir acompanhar um caso por um tempo maior. Faltou da minha parte, eu ter ido mais atrás de literatura sobre os casos, para eu ser uma boa psicóloga clínica. Faltou um maior aprofundamento teórico da minha parte, para saber como lidar melhor com o paciente. O estágio foi mais positivo no aspecto de se trabalhar em equipe, da visão de uma rede de apoio, da importância do psicólogo em lidar na rede de apoio. Até por isso, eu acho que ainda preciso fazer um aprimoramento, alguma formação mais voltada para o atendimento da clínica individual. ... para um trabalho mais específico, por exemplo em algum tipo de patologia... Mas a minha atuação como psicóloga no consultório com paciente, eu acho que ficou faltando um pouco. Não estou falando que foi por causa da supervisora, mas foi por mim mesmo... eu acho que poderia ter me dedicado mais. Deixei um pouco de lado... Até porque, eu acho que os pacientes que eu chamei faltaram demais. Eu não peguei um caso muito

interessante que eu pude me aprofundar, e é isso que eu acho que ficou faltando um pouco para o meu desenvolvimento como psicóloga, psicóloga clínica, vamos dizer assim. Porque como eu disse, se tivesse acompanhado um caso desde o começo do ano, e acompanhado o mesmo caso, e aí tivesse aprendido com o desenvolvimento do caso, seria muito mais positivo para mim. E como eu também peguei um grupo que terminou no meio, depois um outro grupo que também terminou no meio, então a gente não pôde desenvolver tanto... Então eu acho que isso ficou falho, pois quando um paciente para, e interrompe no meio, você começa a fazer triagem, faz outra, e tudo fica picadinho, então não sei se essa parte ficou completa.

... há dificuldade de adesão, e isto não acontece só na psicologia, várias vezes durante a própria reunião de equipe, os médicos também reclamavam que muitas pessoas agendadas não compareciam às consultas.

Os pacientes deixam de ir às consultas, os pacientes interrompem... A gente fez dois grupos que não deram certo. Há muita interrupção, até mesmo os casos que a gente acabou de começar a atender, eles param de ir... Pode ser que minha experiência não foi tão boa, não sei, mas o que eu vi foi isso, a tendência deles é essa, eles não são muito de ir regularmente, são poucos os que vão, acho que é característica dessa população. Acho que tem um pouco daquela questão de não estarem pagando, não ter um compromisso deles terem que ir. Eu acho que eles tem muito aquela coisa que a gente discute na reunião de equipe: "Ah, se eu faltar, depois eu vou voltar lá no Centro de Saúde, e eles irão me atender de novo", e é isto o que acontece, a gente acaba atendendo de novo, ou por exemplo: a pessoa parou o tratamento e diz: "Ah, vou parar de fazer fisioterapia", depois de dois meses ela volta e começa a pedir: "quero ser atendido", ela entra na fila, e aí a gente acaba atendendo novamente.

Eu acho que tem um pouco de descompromisso, acho que é por isso que acabam faltando ou não indo periodicamente, deixando de ir, de freqüentar.

A experiência que eu tive de um aprofundamento num caso, para estar vendo o desenvolvimento ao longo do ano, foi através do acompanhamento de um caso de outro estagiário, como foi o caso da minha dupla de estágio. Ela teve um paciente desde o começo do ano, então deu para acompanhar o resultado, porque o acompanhamento deu certo. Já em relação aos meus atendimentos, eu fiquei meio frustrada! Eu queria um caso que desse certo, e eu não consegui, porque todos paravam de ir, e os grupos também não deram certo... Mas no geral achei este estágio super positivo.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Questionamentos quanto a sua experiência de psicologia clínica. Ela compreende que houve pouco tempo para os atendimentos, sente ter demonstrado pouco interesse em realizar um aprofundamento teórico; sendo que para Júlia, esta pouca dedicação foi um reflexo da falta de adesão tão comum nesta população usuária do serviço público de saúde. Sente uma certa decepção e frustração em virtude das inúmeras interrupções, dos abandonos e da não continuidade dos casos clínicos e grupos terapêuticos que não aderiram ao atendimento. Tem o desejo de aprimorar-se em uma formação mais clínica, pois a única aprendizagem de atendimento clínico que teve, foi através da supervisão do atendimento dos outros estagiários que tiveram casos bem sucedidos. Para Júlia, toda dificuldade quanto a adesão dos usuários, diz respeito a um descompromisso por parte da população por tratar-se de um serviço gratuito.

Interpretação

Senso crítico diante da sua formação clínica em razão da dificuldade de adesão dos atendimentos clínicos. Desmotivação pessoal e pouca dedicação para fazer um aprofundamento teórico. Sentimento de decepção e de frustração em virtude da descontinuidade dos atendimentos. E culpabilização da população, pela não adesão ao serviço.

g) Avaliando a experiência do estágio de psicologia em Centro de Saúde, comparando com outras escolhas de estágio.

No geral eu achei ótimo! Como psicóloga eu achei que pude ter essa visão geral, aprender o que o psicólogo faz numa rede de apoio, qual a função dele, no que ele pode ajudar, o que ele não pode, eu acho que isso foi muito bom mesmo. Se eu tivesse feito outro estágio, e não este em Centro de Saúde, eu não teria este aprendizado, são os ganhos e perdas de uma escolha... É, mas aí eu fiquei pensando, como eu quero fazer concurso público o ano que vem, e prestar concurso na prefeitura, eu acho que foi ótimo ter escolhido fazer o estágio em Centro de Saúde. É isso que eu quero, acho que a realidade de Centro de Saúde é assim mesmo...

Olha, eu digo pra você que totalmente segura eu não me sinto, mas me ajudou muito, porque se eu não tivesse feito este estágio em Centro de Saúde, não sei como seria... Eu comparo muito, o estágio do Centro de Saúde com o estágio na Clínica escola. É que eu estava muito em dúvida em escolher, ou a clínica escola ou Centro de Saúde, aí hoje eu penso que se eu tivesse feito o estágio na clínica escola, estaria faltando muito esse lado, do trabalho em equipe, de estar num ambiente fora da Universidade e mais próximo da população. E como eu pretendo trabalhar em Centro de Saúde, ou na prefeitura, então eu acho que se tivesse feito só clínica escola teria faltado muito mais...

... É algo bastante diferente, fazer o estágio no Centro de Saúde, é como fazer um estágio fora da Universidade. Porque quando a gente está dentro da faculdade, a gente parece que tem uma certa proteção, né. Eu não sei, eu acho que é diferente... No Centro de Saúde a responsabilidade é maior, eu estou com profissionais diferentes, eu estou com pessoas, como posso te dizer..., eles não te vêem só como estudante que está aprendendo, estão me vendo como uma profissional que pode contribuir.

No Centro de Saúde, independente de você ser estagiária ou não, eles me vêem como uma pessoa que está ali para ajudar. Já na clínica escola não, você é uma estagiária, e está lá para aprender. Dentro da Faculdade, você paga para aprender, então acontece que na clínica escola busca-se atingir a meta deles, que é te ensinar. Já lá no Centro de Saúde, é uma outra experiência, o objetivo central é outro. Então achei legal fazer o estágio fora da Universidade. Foi algo muito rico, mesmo tendo a presença de um psicólogo da PUC nos acompanhando no próprio Centro de Saúde de vez em quando, mas a gente ficou com toda a responsabilidade, era a gente e a equipe.

Na clínica escola, por exemplo é bem mais protegido, até as secretárias protegem você, tudo protege, já no Centro de Saúde não, é a gente que liga pro usuário, é a gente que faz tudo, não tem aquela coisa de recadinho, é um ambiente mais próximo da realidade, como se você já estivesse formado, como se fosse um profissional. Então teve estes dois lados, teve esse lado mais desprotegido, que você está lá como se fosse uma psicóloga, sem ter as coisas muito quadradinha, mas por outro lado também foi a primeira experiência que a universidade deu neste sentido de conhecer a realidade fora. É muito diferente sem essa proteção que a gente tem quando está na faculdade, onde se não dá certo, o professor sempre dá um jeitinho, a faculdade resolve pra você.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Júlia a escolha pelo estágio em Centro de Saúde foi positiva. Aprendeu a função e o papel do psicólogo na rede de atenção básica à saúde, os

limites que existe na relação de ajuda; e atualmente tem consciência de que este aprendizado é fundamental para ir em busca do desejo profissional. Trata-se de sua primeira experiência proporcionada pela Universidade fora dos muros do Campus Universitário. Em comparação com outra possibilidade de estágio, percebe haver diferenças significativas. A experiência em Centro de Saúde é reconhecida como uma prática externa; totalmente desprotegida e mais próxima da realidade do trabalho do psicólogo e da comunidade. Para ela o estágio se dá num ambiente de total autonomia, sendo que as responsabilidades são idênticas a dos profissionais da equipe, trata-se de uma oportunidade para perceber-se como uma psicóloga já formada.

Interpretação

Avalia positivamente a escolha pessoal pelo campo de estágio. Reconhece a aprendizagem obtida ao longo do estágio, e tem consciência da importância deste aprendizado para realização do desejo profissional. Senso crítico em relação a ausência de práticas de estágios fora da Universidade ao longo de todo o curso. Satisfação em perceber-se como psicóloga, em consequência das condições do campo de estágio e da liberdade de atuação e do exercício profissional.

Síntese Integrativa Final de Júlia (4º passo)

Para Júlia, sua inserção no estágio de psicologia em Centro de Saúde é vivenciada como algo totalmente novo, uma certa surpresa em relação a uma prática de psicologia que até então desconhecia. Inicialmente sentiu-se inexperiente para o trabalho em uma Equipe de Saúde da Família, questionando sua capacidade em ajudar os membros da equipe durante as reuniões, e diante da expectativa e comparações em relação a dupla de estagiários do ano anterior. Atualmente reconhece que possui potencial para participar nas reuniões da equipe, apesar de se perceber como uma pessoa insegura e tímida; um sentimento de ambigüidade. Demonstra senso crítico, diante da inserção do estagiário em Centro de Saúde, ocorrer apenas no último ano da Faculdade; e do

distanciamento entre a academia e a realidade do Centro de Saúde, e ao mesmo tempo, percebe que trata-se de uma experiência que responde as necessidades do serviço e da comunidade.

Ela percebe o acolhimento e o interesse dos membros da equipe em se ajudarem durante as reuniões, como oportunidade para transformações e enfrentamento de dificuldades pessoais. Atualmente avalia positivamente esta experiência de pertencer a uma equipe, pois a fez sentir-se reconhecida, valorizada e aliviada em perceber sua habilidade em opinar durante as reuniões. Também reconhece a possibilidade de estágio com outros profissionais de saúde como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de habilidades pessoais, que só foram possíveis em consequência do diálogo, da ajuda e do não julgamento por parte da equipe durante as reuniões. Hoje, Júlia sente-se mais segura do que no início do estágio e muito satisfeita em perceber-se apta para o trabalho em Centro de Saúde.

Em função da diversidade de profissões na composição da equipe, ela expressa a necessidade de conhecer o núcleo de cada profissional da equipe. Há desenvolvimento de habilidades pessoais para o trabalho multiprofissional, obtida através da convivência com os profissionais de saúde. Dentre as diversas profissões que compõem a Equipe de Saúde da Família, ela percebe o Agente Comunitário de Saúde como o profissional que possui as características necessárias para este modelo de atenção à saúde: visão ampliada e informação sobre os usuários e a comunidade. Também há preocupação em aprender sobre outras profissões da saúde, e desejo de incluir outras especialidades na equipe.

A organização do Centro de Saúde em Equipes de Saúde da Família, fomenta transformações na prática clínica: há necessidade de flexibilidade profissional, uma clínica coletiva com responsabilidades compartilhadas, uma atenção mais próxima da comunidade e mais resolutiva. Reconhece estas mudanças como algo que favorece a atenção à saúde das famílias, como uma prática inovadora, e percebida como um recurso essencial para o trabalho de todos da equipe.

Júlia reconhece a reunião da equipe como espaço de aprendizagem, tanto para as estagiárias, quanto para a equipe como um todo. Reconhece a função dos estagiários, como referência para organização da atenção à saúde mental e

da própria demanda para psicologia, através das discussões de casos na reunião de equipe; do envolvimento de todos os funcionários no acompanhamento dos casos, e que resulta em esclarecimentos e maior resolatividade para a população.

Critica sua formação clínica, em razão da dificuldade de adesão dos atendimentos clínicos. Isto a fez sentir-se desmotivada para fazer um aprofundamento teórico. Há descontentamento, sente-se decepcionada e frustrada em virtude da descontinuidade dos atendimentos. Também há uma forte culpabilização da população, pela não adesão ao serviço, tornando-se os responsáveis pelas dificuldades encontradas ao longo do estágio.

Quanto a escolha do campo de estágio, ela avalia positivamente sua experiência em Centro de Saúde, principalmente quando comparada com outras possibilidades de estágio. Reconhece a aprendizagem obtida ao longo do estágio, e percebe a importância deste aprendizado para realização do desejo profissional de trabalhar em um Centro de Saúde. Sente-se muito satisfeita pela oportunidade de estagiar num ambiente de total autonomia, com responsabilidades idênticas a dos profissionais da equipe, percebe-se como se fosse uma psicóloga.

1.2 Análise do depoimento de Joana

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passos)

a) Transformando a prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família.

Então, eu entrei neste estágio né, eu escolhi esse estágio, este campo de estágio, e eu gostei muito, porque eu pude experimentar as reuniões de equipe. É uma realidade diferente da PUC que eu ficava meio trancada na clínica, aquela coisinha assim, você vai atende volta e acabou, faz análise do caso e pronto. Eu me encontrei em outro momento aqui no Centro de Saúde, em que você acaba saindo disso, você começa a entender melhor a realidade social das pessoas, começa a ver como que é um projeto mais individualizado pra elas, uma coisa mais pensada num coletivo, onde eu converso na reunião sobre aquele caso, aí cada profissional com sua visão, você começa ajudar aquele usuário, aquele paciente de uma maneira totalmente diferente, e com certeza muito mais proveitosa do que se você tivesse sozinho com seus conceitos particular.

E, assim, quando eu vejo a saúde pública, eu vejo muito esse lado social, não vejo só da parte que a gente aprende em clínica, do setting, eu vejo muito as outras possibilidades, e acho que isso não é só no caso do papel do psicólogo, mas é o papel de todos os profissionais que estão na saúde pública. Os outros profissionais também têm esse olhar ampliado, e também na prática. Pelo menos a gente pretende né, pelo menos eu vejo isso na minha equipe.

Ela relata a experiência da troca em equipe.

Bom, não é só da psicologia, está tendo muito caso de abuso sexual aqui, aí a gente fez uma discussão na reunião de equipe, e começaram a falar sobre o projeto das Rotas Recriadas, e é isto que existe neste trabalho. Discute-se o que a gente poderia fazer, a partir de um caso, um caso específico, que estava sendo acompanhado pela ginecologista, e depois a gente falou, e também disseram que a psicóloga daqui estava

atendendo. Então, é uma troca que acontece e que chegou num projeto, e isto vai se ampliando. É um movimento mesmo, pra gente mudar o que esta acontecendo.

Hoje mesmo na equipe o funcionário falou da família, a gente quer saber da família, a gente fica preocupado, se é por exemplo um usuário que vem como eu tive no começo do ano, que vinha marcava e não aparecia. Mas a equipe sabia que ele precisava. Então eu fui lá na casa, tive essa experiência de fazer visita domiciliar, fui lá, conversei, me tratou super bem, me mostrou o quarto, me mostrou cozinha, me ofereceu chocolate, me deu amostra grátis de sabonete que ele vendia, aí começou a mostrar as fotos. Assim você começa a entender melhor a história de vida da pessoa, e se você não tivesse essa possibilidade de ir até lá e essa preocupação, talvez eu não soubesse outras informações, e talvez não iria ajudar. Eu sei que ajudei um pouquinho, foi bem pouquinho, mas eu ajudei alguma coisa na vida dessa pessoa. Então eu acho que fico satisfeita com isso, eu fico feliz com isso.

Ela começa a chorar, dá uma pausa longa, e depois volta a falar.

Bom, essa coisa da gente querer saber do futuro, e nas próprias reuniões, eu até escrevi na minha versão do sentido, que às vezes o pessoal está meio desmotivado e você vem com aquela vontade de estar ali, e parece que todo mundo estava desmotivado, e aí às vezes eu me pergunto: __será que eu sou muito ingênua? Será? Mas ao mesmo tempo eu fico pensando assim, não quero no futuro profissional ter esses pensamentos, sabe eu quero poder melhorar, de querer mudar algumas coisas, ir atrás.

É, eu tento continuar vendo os usuários que eu atendo, como um todo e as vezes, você vê que a pessoa está lá, você percebe que está ajudando, mas que ela também precisaria trabalhar outras coisas, precisaria frequentar um outro grupo, porque às vezes aquela pessoa não tenha uma facilidade com relacionamento com outras pessoas, então você procura encaminhar, além da psicoterapia individual, pra ela participar de outro grupo que existe no Centro de Saúde. Pois o Centro de Saúde está aberto para isso, mas só que às vezes o usuário não quer, mas eu procuro sempre introduzir isso quando eu posso, e eu pessoalmente sempre fico pensando: __“será que o que ele está falando faz parte da realidade dele, ou será que é uma fantasia”, fico meio naquela, primeiro eu vou só escutando, colhendo dados para depois intervir. Eu tento tomar muito cuidado para não rotular uma coisa que na verdade não existe, sabe, eu tento tomar esse cuidado. Nesta realidade eu acho que o vínculo também é maior com o usuário, você acaba se

abrindo mais, isto é um pouco diferente, acaba tendo um pouco mais de diálogo com eles, você se sente mais próximo dos usuários que acompanha.

É, até porque a gente se encontra mais com o usuário, a gente está em maior contato com eles, a gente conhece outras pessoas aqui, então você acaba participando de outras atividades cotidianas do serviço, participa da festa de aniversário do Centro de Saúde, e depois encontra no outro dia todo mundo na sala de espera de novo e continua, e vai conversando com tudo mundo, e começa a conversar de outra coisa e acho que a gente faz de tudo para ajudar.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Joana, esta experiência de estágio em Centro de Saúde diz respeito a uma escolha e decisão pessoal, diferente de experiências de estágios anteriores. Avalia positivamente esta escolha, em particular, pela oportunidade de participar das reuniões da equipe. Através das reuniões da equipe, há uma mudança na condução dos atendimentos, supera-se a prática da clínica individualizada e solitária, para uma prática mais ampliada, que leva em conta o saber de cada profissional da equipe, para compreensão da realidade social dos usuários e elaboração de um projeto planejado coletivamente, que traga maiores vantagens para as pessoas. Esta organização a partir das equipes, faz com que os casos individuais direcionem o surgimento de projetos que interfiram na atenção à comunidade. Este movimento cria um senso de responsabilidade coletiva para o acompanhamento da saúde da população, e autoriza os membros da equipe a práticas clínicas diferenciadas como por exemplo: a visita domiciliar. Esta experiência a faz sentir-se satisfeita e feliz. E frente a desmotivação dos membros da equipe em algumas reuniões, Joana reconhece seu desejo futuro, de pertencer a uma equipe de saúde da família e manter a motivação atual, descoberta durante o estágio, quando estiver trabalhando como funcionária da saúde pública. Valoriza a importância de compreender o usuário como um todo, e portanto, que a prática profissional da saúde mental deve ir além da oferta da psicoterapia individual. A participação no cotidiano do Centro de Saúde permitiu perceber a forte relação de vínculo que há entre o usuário e os funcionários da equipe. Para Joana, esta relação de convívio com os usuários, nas atividades

cotidianas no Centro de Saúde, facilita a própria relação de ajuda e o cuidado das pessoas atendidas.

Interpretação

Reconhece sua própria iniciativa ao escolher o estágio em Centro de Saúde. Avalia positivamente tal escolha. Percebe a reunião da equipe como o elemento central para mudanças na atenção aos usuários: superação da clínica individual para uma clínica que leve em conta o conhecimento de cada profissional; compreensão dos usuários a partir do contexto em que vivem; atenção ao usuário como eixo para projetos coletivos que levam em conta o cuidado à saúde de toda comunidade. Percepção da reunião da equipe como um espaço que facilita a responsabilização-compartilhada dos profissionais em relação aos usuários, e que autoriza os membros da equipe a práticas clínicas diferenciadas. Satisfação em participar deste estágio. Motivação e desejo de no futuro trabalhar como psicóloga em uma equipe de saúde da família. Percepção da importância de uma compreensão do usuário como um todo, levando a ultrapassar a oferta apenas de psicoterapia. Reconhecimento do convívio cotidiano no território do Centro de Saúde, entre usuários, profissionais e estagiários, como espaço privilegiado de atenção à saúde.

b) Compreendendo a Saúde Pública a partir da vivência do trabalho em equipe.

Pessoalmente, eu me sinto super realizada. Porque eu vejo que tem sentido, sabe, eu vejo sentido no meu trabalho, e eu vejo que não estou sozinha nisso, tem outras pessoas que estão juntas querendo botar para cima, querendo melhorar... E isto que estou te falando tem haver até com meu outro estágio, de psicologia das organizações que é também em saúde pública. E a gente fala muito sobre essa questão, eu trabalho muito com os profissionais sobre o sentido do trabalho. E quando a gente começa a ver sentido no trabalho... Pois tem muita gente que não escolhe o que vai fazer. Já no meu caso, eu escolhi o que eu queria fazer, e estou feliz, estou satisfeita. Então a gente começa a trazer pro sentido do trabalho para o profissional da saúde, então acho que

isso é muito importante, e quando você sabe do funcionamento da organização do sistema, você começa a direcionar pra dimensão deste funcionamento, você vê que não é uma coisa só sua, e você ganha mais força pra aquilo que você quer fazer.

É, eu sempre vi tudo muito separado. Psicologia social de um lado, psicologia escolar do outro, e isto até o quarto ano eu sempre vi assim... Psicologia organizacional do outro lado e a clínica do outro. E foi nesse ano que eu juntei tudo, acho que juntei tudo. Eu faço Centro de Saúde, faço um estágio optativo de Clínica em psicanálise, faço Psicologia em Organização da Saúde e Psicologia escolar, também faço em escola pública, eu acho que estou juntando muita coisa, e isso na minha experiência pessoal e profissional futura, estar conseguindo juntar todas estas áreas, com certeza vou ter um amadurecimento muito maior do que estar segregando as coisas. Escolar é escolar, não se mistura, e não é assim, a gente vê que até o próprio ser humano é um todo, ele trabalha, ou já estudou, ou às vezes vem uma criança, a gente tem que ter essa coisa de saber como é o professor, e ir lá conversar.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Joana percebe a importância de sua atuação na saúde pública, e para ela, esta compreensão do alcance do trabalho em saúde pública é compartilhada pelos outros profissionais do Centro de Saúde na busca de um constante aperfeiçoamento, sendo que isto a faz sentir-se bastante realizada. Para Joana, esta realização pessoal tem profunda relação com as escolhas profissionais e de estágio. Este autoconhecimento contribui para aprendizagem a respeito da organização do sistema de saúde, e o quanto esta organização interfere na prática de todos os profissionais. Trata-se de sua primeira experiência de estágio que oferece condições de integração e aproximação com outros campos de estágio, sendo que anteriormente só teve experiências de estágios totalmente segregados por área, sem proporcionar nenhum tipo de inter-relação entre eles. Esta oportunidade de integração do estágio de saúde pública com os outros estágios, favorece o desenvolvimento da própria aprendizagem em saúde pública, e também contribui para compreensão do ser humano como algo sistêmico.

Interpretação

Sentimento de realização pessoal em função da percepção do valor da saúde pública como espaço de aprendizagem coletiva e de constante aperfeiçoamento. Consciência e reconhecimento das escolhas profissionais e decisões pessoais em relação a formação em saúde pública. E reconhecimento deste autoconhecimento como facilitador da aprendizagem a respeito da organização do sistema de saúde pública. Percepção da organização do sistema de saúde pública como eixo responsável para o desenvolvimento das práticas de todos os profissionais de saúde. Senso crítico frente à ausência de inter-relação entre os vários estágios que foram ofertados até o 4º ano da Faculdade. Percepção de uma maior inter-relação do estágio em saúde pública e os outros estágios do 5º ano, como um facilitador da aprendizagem em saúde pública, e também para melhor compreensão do ser humano em sua totalidade.

c) Modificando conceitos e paradigmas a partir da inserção do estagiário de psicologia em saúde pública.

As vezes a gente fica com uma coisinha guardada, um sonho guardado, e quando você esta no coletivo você põe tudo em prática. Eu realmente desconhecia este trabalho em saúde pública, a gente tem outro conceito mesmo. Até que eu ouvi numa aula que você deu no quarto ano, eu me lembro que era bem aquela visão que eu tinha, eu só conhecia o convênio, e só ia ao posto de saúde perto de casa para tomar vacina, essas coisas. Frequentava o Centro de Saúde bem pouquinho. Eu não sabia desses princípios do S.U.S., que todo mundo tem direito, que sempre tem aquela imagem assim, que o S.U.S. é para pobre né... E quem tem convênio tem outro nível, e até nesse outro estágio de organizações eu vi que os próprios funcionários não sabiam sobre isso, sobre o S.U.S. Eram pessoas que trabalhavam no laboratório de patologia clínica, biólogo, ou então auxiliar de enfermagem, só que eles não sabiam nada sobre o SUS, eu fiquei muito impressionada: __"como que eles não sabem, como é que eles vão atender um usuário". Trabalham como funcionário público, mas desconhecem a própria organização do sistema onde trabalham. E eu acho que aqui no Centro de Saúde funciona muito melhor que lá naquele hospital. Que aqui tem muito esse negócio de ouvir, de acolher, de entender qual é o problema, depois passar para os outros profissionais terem um diálogo maior, Ter um amparo maior do que é de um hospital de emergência.

Antes eu pensava que não devia funcionar muito bem, mas aí eu fiz a iniciação científica com uma professora, onde eu tive bastante conteúdo sobre saúde e doença, e comecei a me interessar mais, e daí eu quis saber como é a prática.

Eu não conhecia na prática. Quando eu vim para o estágio aqui no Centro de Saúde, eu vi que realmente não sabia nada sobre esta realidade, e aí passei a ter outra concepção. Agora, é totalmente diferente, hoje eu realmente entendo o usuário como um ser integrado, como um todo.

É da minha personalidade isso sabe... Eu sempre gosto assim, das regras bem estabelecidas, então se um supervisor vira pra mim e fala “não você tem que fazer assim e pronto”, eu já procuro seguir o que eles falam... E eu acho que a minha experiência no Centro de Saúde nossa, abriu meus horizontes mesmo. Aquele negócio do setting, ainda mais que sou da psicanálise e tem tudo aquela coisa fechada, e no Centro de Saúde se vê que se pode Ter um setting em um ambiente fora da clínica mesmo enquanto espaço físico, a partir de uma clínica ampliada que é possível, dá pra Ter... Eu achei legal, a vivência mesmo.

Eu não sei dizer o que vou fazer daqui para frente, não sei o meu ano que vem... Eu vou tentar fazer aprimoramento, e se eu não conseguir, talvez eu abra uma clínica. Mas eu acho que eu não vou Ter aquela visão “fechadinha”, e meu sonho é me realizar profissionalmente, e contribuir também na comunidade de alguma forma, porque eu sei que sou uma cidadã e eu quero ajudar nisso. Hoje eu percebo que de qualquer forma você já está na comunidade, mesmo que você atue numa clínica particular, você tem um comportamento diferente, um olhar diferente, você já está contribuindo com a comunidade. Mas eu me vejo, pelo menos por enquanto, trabalhando em alguma instituição, que é o que acaba te deixando mais próximo da comunidade, que se tem outros vínculos e outras formas de querer reinserir o usuário na comunidade. Porque eu vejo muito isto em Centro de Saúde, eu penso muito na área da saúde, e acho que na área da saúde isso acontece muito, o usuário precisa muito se reinserir socialmente, porque se não fica muito centrado na doença. Até a população que vem no Centro de Saúde, falam de doença física né, é muito comum você ver isso, e isso você tem que atentar para outros campos né, que é o campo do humano, do ser humano. E eu me vejo trabalhando no futuro desta forma, é esta atuação que eu quero fazer. Porque acho que mesmo antes de entrar na faculdade eu já pensava dessa maneira.

Depois de Ter aprofundando na realidade de como é esta prática em saúde pública e na realidade da própria comunidade... Porque antes era algo que eu apenas pensava e agora eu experiencio isso, eu vivo isso. Como eu estava falando pra você desta realidade de como a comunidade vê o Centro de Saúde, que eles vêem como um

espaço onde se cuida da doença. E por mais que a gente faça esse movimento da prevenção mesmo, porque quando você está tendo esse vínculo com o usuário, você já está falando de um ponto de vista saudável, você já está querendo trazer vida pra eles né, mas as pessoas ainda tem esse conceito. É, e isto ocorre até em relação ao próprio psicólogo. É muito difícil encontrar alguém que venha procurar o psicólogo só para se conhecer melhor. As pessoas buscam o psicólogo porque estão sofrendo. Então o jeito do psicólogo enfrentar um pouco essa questão, essa mudança de um modelo para o outro, é estar no convívio com as pessoas das comunidades, neste contato mais próximo. Eu acho que isto se dá como eu falei pra você, no contato do profissional com a comunidade. E é assim que eu me vejo trabalhando futuramente, eu só não sei onde é que vai ser, mas de qualquer jeito eu vou estar na comunidade, mesmo se eu estiver só numa clínica particular, eu acho que vou estar buscando este contato. Eu acho que é esta a minha concepção, é no que eu acredito, e o que eu tenho como filosofia de vida e de ação. Hoje eu compreendo que a pessoa que está ali na minha frente no consultório, mesmo se for um consultório particular, tenho a compreensão, que essa pessoa vive na comunidade, que pertence num determinado bairro, que exerce uma função... Ela não vive sozinha, ela vive num contexto, e então tentar compreender isso. Eu acho isto muito importante...

Redizendo o depoimento (3º passo)

A experiência de participar de uma equipe de saúde da família foi uma oportunidade para realizar no coletivo seu desejo pessoal. Aos poucos Joana foi percebendo que desconhecia totalmente, tanto os princípios do SUS, quanto a realidade da saúde pública. Antes deste estágio, o SUS era apenas um recurso destinado às pessoas desfavorecidas socialmente. Atualmente, avalia positivamente a prática dos funcionários do Centro de Saúde, em função do nível de informação que detém acerca dos princípios do SUS, e também devido a prática de atenção à saúde diferenciada, em comparação a um estágio em um hospital público. Percebe que no Centro de Saúde os profissionais buscam compreender a queixa inicial do usuário através do acolhimento e da escuta, como estratégia para discussão em equipe. Acredita que esta experiência em uma realidade até então desconhecida, foi responsável pela transformação de conceitos pessoais acerca da saúde pública e também por uma melhor compreensão do próprio usuário. Mesmo reconhecendo-se como uma pessoa

bastante submetida a regras e ordens, percebe que através deste estágio tornou-se um pouco mais flexível. Esta mudança pessoal, também foi percebida na sua prática de estágio, sua atuação tornou-se mais ampliada, para além do contorno do consultório. Na saúde pública aprendeu que toda atitude profissional, mesmo que ocorra em um contexto particular, sempre terá um impacto no entorno da comunidade, na direção das várias possibilidades de vínculos para inserção social do usuário no seu contexto. Trata-se de uma prática que valoriza o lado saudável das pessoas, apesar de existir uma cultura que identifica o Centro de Saúde como um local de cuidado da doença. Trata-se de um desafio a ser enfrentado também pelo profissional da psicologia, através da mudança da própria prática clínica, para uma prática que leve em conta sua participação e inserção no convívio com a comunidade.

Interpretação

Realização de um desejo pessoal, através da participação em uma equipe. Percepção do total desconhecimento da realidade da saúde pública e do SUS, antes da inserção neste estágio. Transformação de conceitos pessoais a respeito da saúde pública, e do pré-conceito acerca do SUS, entendido anteriormente como um auxílio exclusivo aos desfavorecidos. Auto-reconhecimento da submissão frente às regras e ordens, e percepção de maior flexibilidade através da experiência de estágio. Desenvolvimento de uma atuação clínica mais ampliada, mais próxima da comunidade, que ocorra através de uma rede de atenção, para construção de vínculos que favoreçam a inserção social do usuário. Percepção da clínica em Centro de Saúde, como uma prática que valoriza o lado preservado das pessoas, e ao mesmo tempo de enfrentamento de uma cultura da doença.

d) Avaliando a experiência do estágio de psicologia na Atenção Básica

Eu acho que isso é muito interessante, se pudesse ter isto em todos os lugares seria bom né, eu acho que aprendi muito com isso. No começo eu cheguei meio perdida, que eu também não estava acostumada, até se situar, se colocar, dar a sua opinião, é difícil quando você não conhece direito a realidade. Mas eu me senti muito bem nas reuniões, eu acho que pelo menos na minha equipe eles deram muito espaço para psicologia, então eu acho que isso foi uma coisa que ajudou muito né, e aí eu acho que o Centro de Saúde me acolheu bastante, sempre alguém pedindo alguma coisa para ajudar, e você sente que veio aqui para fazer alguma coisa, você não veio aqui só para cumprir o estágio, não é só isso, você tem um papel aqui dentro, que é o papel de ajudar no que você puder, e não é só na sua área. As vezes pedem para fazer algo para o dia da amamentação, pra gestante, a gente até fez uns bonequinhos... Então não tem só aquele caráter dentro da sua área individualizada, tem outras coisas que acho que compõe.

E eu gostei muito desse ano aqui, de estar trabalhando no Centro de Saúde, eu até fico no horário a mais, do que precisa, mas para mim isso é bom, não é um peso, não é nada, é super legal, porque eu gosto. E porque às vezes não dá tempo para fazer tudo o que você quer fazer. Por exemplo, eu atendo dois casos individuais e tenho a reunião de equipe, a gente também tentou fazer o grupo. Então seria um horário a mais do meu estágio, acabei fazendo uma carga horária a mais do que o obrigatório do currículo. Mas como eu queria fazer o grupo, eu fiquei além do meu horário né, mas é porque não dá tempo de fazer tudo o que você quer fazer, então aí eu fico a mais, mas isso para mim isso é bom, não é porque me pedem, eu é que ofereço.

Eu fui me envolvendo, mas a própria divisão do curso de psicologia não permite que você aumente as horas do seu estágio. Fica complicado por causa das outras matérias, que a gente também tem um horário para cumprir em outros estágios, e ao mesmo tempo esse negocio do currículo novo, de aumentar a ênfase em alguma área. Eu não sei se isso é muito bom, eu acho que você não tem a visão de outras áreas, porque quando você chega você tem que ter experienciado cada área para falar o que eu quero, eu quero isso porque eu vivi isso. Então se você fica só quatro horas, numa prática e na outra você fica muito mais, você com certeza vai gostar da que ficou mais. Mas as vezes não necessariamente... Porque seria muito bom ficar mais tempo aqui no Centro de Saúde, eu acho que seria porque daí você conhece melhor a realidade do serviço. Como eu venho só de sexta-feira, o movimento de sexta é um, o de segunda-feira é outro. Os projetos que tem na quarta-feira do PROGEN, eu nunca fui, e se eu ficasse de Quarta, talvez eu teria visitado... Por outro lado nesta minha experiência eu achei muito importante estar acompanhando um ano inteiro a mesma equipe, com as

mesmas pessoas. Ah, isso é isso super importante, porque eu vejo as estagiárias de nutrição que ficam só dois meses e vão embora, elas não criam vínculo nenhum. Eu acho que é muito importante que a gente tenha um ano inteiro de estágio aqui. Você consegue se tornar membro da equipe mesmo. Quando entrei no estágio, eu era uma pessoa, agora sou outra. Eu acho que hoje eu falo muito mais, eu entendo muito mais, eu me sinto mais segura pra colocar minha opinião, e também o vínculo com os profissionais é muito maior. Eu acho que a reunião de equipe é essencial, para o amadurecimento profissional ao longo do ano, e pra melhor compreensão da realidade de saúde pública.

Redizendo o depoimento (3º passo)

No início, Joana sentiu-se dispersa, com dificuldade em participar e dar sua opinião, em consequência do total desconhecimento da realidade de um Centro de Saúde. Porém, percebe que na equipe há uma valorização da psicologia, e isto a fez sentir-se à vontade e bastante acolhida. Percebe que há uma forte expectativa por parte da equipe para que os estagiários de fato participem e contribuam com todos os projetos. Para Joana, a participação neste estágio foi positiva, dedicando mais horas do que as previstas para o cumprimento curricular, por iniciativa pessoal, para participar de outras atividades existentes no Centro de Saúde. Porém, há uma limitação curricular que impõe o cumprimento de horas em outros campos de estágio, restringindo uma maior participação no estágio de maior interesse. Percebe que seria fundamental permanecer por mais tempo, e em diferentes dias da semana neste estágio, para conhecer mais profundamente a realidade do cotidiano do Centro de Saúde. No entanto, para ela foi positivo o fato de permanecer durante o ano todo no estágio, o que contribuiu para a formação de vínculo e para tornar-se membro da equipe. Atualmente, Joana avalia que houve uma mudança pessoal ao longo do ano. Tornou-se mais comunicativa, mais segura para opinar, e compreende melhor o funcionamento do serviço. Percebe que o vínculo existente com os membros da equipe, e que a participação nas reuniões de equipe são fundamentais tanto para o “amadurecimento” profissional, quanto para melhor compreensão da saúde pública.

Interpretação

Inibição e dificuldade em opinar e participar da reunião da equipe, em razão do desconhecimento inicial da realidade da saúde pública. Satisfação por sentir-se acolhida e perceber que há valorização da psicologia por parte da equipe. Percepção da expectativa da equipe frente a participação nos projetos. Avalia positivamente o estágio, dedicando-se além horário obrigatório. Senso crítico em relação a intensidade de estágios no último ano da faculdade, enquanto dificuldade para maior dedicação no estágio em Centro de Saúde. Percebe a necessidade de permanecer mais dias da semana no Centro de saúde para um maior conhecimento do cotidiano do serviço. Avalia positivamente a permanência de um ano no estágio, como um facilitador da formação de vínculo e do sentimento de sentir-se membro da equipe. Auto-reconhecimento de uma transformação pessoal ao longo do estágio: percebe-se mais comunicativa, mais segura para opinar e com maior entendimento. Percepção do vínculo entre os membros da equipe, e a participação nas reuniões como eixos essenciais o aperfeiçoamento profissional e compreensão da saúde pública.

Síntese Integrativa Final de Joana (4º passo)

Para Joana, a organização do Centro de Saúde em Equipes de Saúde da Família, fomenta transformações na prática clínica: superação da clínica individual para uma clínica que leve em conta o conhecimento de cada profissional; compreensão do usuário como um todo sistêmico em relação ao contexto em que vive; atenção ao usuário como guia para projetos coletivos que leve em conta o cuidado à saúde de toda comunidade; a responsabilização-compartilhada dos profissionais pelos usuários; a autorização dos membros da equipe para a efetivação de práticas clínicas diferenciadas. Reconhece que o elemento fundamental para estas mudanças é a estratégia da realização das reuniões semanais da equipe, e que o convívio cotidiano no território do Centro de Saúde, entre usuários, profissionais e estagiários, torna-se um espaço privilegiado de atenção a saúde.

Joana compreende a saúde pública como espaço de aprendizagem coletiva e de constante aperfeiçoamento, que se dá a partir da vivência do

trabalho em equipe. Demonstra consciência, tanto em relação a sua atuação na saúde pública, quanto ao alcance do trabalho da saúde pública na vida das pessoas. Reconhece a organização do sistema de saúde pública como norteador responsável para o desenvolvimento das práticas de todos os profissionais de saúde. E que a participação nas reuniões da equipe contribui para a aprendizagem em saúde pública, e também para melhor compreensão do ser humano em sua totalidade. Sente-se realizada em compartilhar deste processo junto com outros profissionais do Centro de Saúde.

Ela reconhece que no início do estágio de psicologia em Centro de Saúde desconhecia totalmente tanto a realidade da saúde pública, quanto os princípios do SUS. Esta vivência contribuiu para modificar conceitos pessoais acerca da saúde pública e paradigmas a respeito do campo de atuação do psicólogo na atenção básica. Reconhece-se como muito submetida a regras e ordens, e que há necessidade de maior flexibilidade pessoal para o trabalho em Centro de Saúde. Quanto ao modelo de atuação clínica, esta em saúde pública consiste em uma prática ampliada e mais próxima da comunidade; que articula uma rede de atenção para inserção do usuário; e que valoriza o lado preservado das pessoas, transformando a forte cultura da doença.

Joana avalia positivamente a experiência ao longo do ano do estágio de psicologia na atenção básica, apesar da insegurança no início do ano para participar e opinar durante as reuniões da equipe, em consequência do total desconhecimento da realidade da saúde pública. Sente-se satisfeita em função do acolhimento e da valorização da psicologia por parte da equipe. Reconhece que há expectativa para que o estagiário de psicologia participe dos projetos da equipe. Critica o excesso de estágios a serem cumpridos no último ano da Faculdade, como fator que a impediu de poder dedicar-se mais ao estágio em Centro de Saúde. Reconhece a participação nas reuniões da equipe e a relação de vínculo afetivo existente entre equipe e estagiários, como condições facilitadoras para: o aperfeiçoamento profissional, a compreensão acerca da saúde pública, e o sentimento de pertencer à equipe.

1.3 Análise do depoimento de Melissa

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passos)

a) Compreendendo a Saúde Pública a partir da vivência do trabalho em equipe.

Eu gostei muito, eu tive a oportunidade de ler várias coisas, até mesmo por causa do estágio que fiz lá também no Hospital Mário Gatti, e realmente de saber que é um modelo novo, é algo interessante. É claro que não funciona 100%, não como deveria, mas eu vejo que realmente põe as pessoas pra funcionar, e imbui, acho que essa é a palavra certa, as pessoas à uma responsabilidade que eu acho que os funcionários não tinham antes, não sei, não vivenciei este estágio antes pra saber, mas a adscrição dos usuários por exemplo, é uma coisa que a equipe fica realmente responsável por aquilo, não é uma coisa que fica solta. Eles já sabem qual é a pasta, o número do prontuário é tal, e vamos ver, vamos sentar, o que é que se pode fazer. E eu acho que isso melhora bastante a distribuição do serviço no trabalho dos funcionários no Centro de saúde, pelo menos é assim que eu vejo.

...Penso que um passo grande já foi dado, só da mudança ter sido implantada e do modo de trabalho ter sido realmente mudado, mas pra se atingir o funcionamento ideal vai demorar um pouco ainda, eu penso. É lógico que já tem essa coisa da adscrição, das pessoas estarem mais responsáveis, de ser uma proposta que responsabiliza os funcionários. A gente fica, não é uma cobrança, mas é uma responsabilidade mesmo, é você saber que aquela pessoa está sob seus cuidados e da equipe também, e você ter uma responsabilidade de dar uma satisfação pra equipe, de dar um retorno. Até porque esse retorno pode gerar outras idéias, as pessoas da equipe vêm me perguntar como está o fulano, daí eles dizem: “ah eu moro no prédio dela, nossa ela está bem melhor”. Então tem essa proximidade maior, que permite que as pessoas tenham esse outro tipo de trabalho...

É uma troca mesmo, e isto acontece principalmente na reunião da equipe, porque é difícil acontecer nos corredores do Centro de Saúde, mas na reunião isto acontece bastante, há uma retomada de muitos casos, pra acompanhar o andamento, isto acontece muito. Há uma preocupação em relação aos outros usuários. É uma troca, pois assim como eu acompanho algum caso que nem conheço as vezes, eles também me

acompanham, e toda equipe acaba acompanhando todas as famílias daquela equipe. Tem uns que se fala o número da pasta, mesmo que você não sabe quem é pelo número, pelo menos você já ouviu falar né, ou então um sobrenome super conhecido, todo mundo fala: “nossa de novo ele esteve aqui, né. Então a gente acaba tendo um contato com isso, e é bem legal, apesar da gente ser rotativo, não ser fixo na equipe, mas a gente acaba conhecendo a realidade mesmo, até porque as pessoas têm essa proximidade com os funcionários, tem pessoas que vão realmente várias vezes no Centro de Saúde durante a semana. E a gente acaba sabendo né, tem os casos complicados de famílias desestruturadas, alcoólicas, então a gente fica sabendo ou pela gravidade ou pela assiduidade do paciente.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Sente-se satisfeita com a oportunidade de conhecer um modelo de atuação em saúde pública totalmente novo, e que foi recentemente implantado. Percebe que este modelo de saúde contribui para participação eficaz dos funcionários, e que introduz algumas funções inexistentes no modelo anterior: a responsabilidade em equipe no acompanhamento dos usuários; a discriminação dos usuários. Avalia que se trata de mudanças importantes no modo de trabalho, pela responsabilização da equipe como compromisso efetivo no cuidado à saúde e no vínculo com as famílias. A reunião de equipe é vista como elemento facilitador para estas mudanças, através da troca existente entre os profissionais em relação ao acompanhamento e resolutividade das famílias atendidas, que na sua maioria são famílias que exigem maior atenção ou que procuram pelo serviço excessivamente.

Interpretação

Satisfação por estagiar em um modelo de saúde pública que foi implantado a pouco tempo. Percepção deste atual modelo de saúde como uma estratégia que promove significativas mudanças: estimula a participação dos funcionários, promove a responsabilização compartilhada e uma maior relação de vínculo com as famílias atendidas. Avalia positivamente estas mudanças. Reconhece a reunião de equipe como uma estratégia essencial para a implantação e desenvolvimento de todas as mudanças.

b) Organizando a atenção à saúde mental a partir da convivência entre estagiários e Equipe de Saúde da Família.

...acontece através das reuniões de equipe. Eles te dão um paciente, ou pedem pra você fazer uma triagem, e depois nessas reuniões ou dentro do próprio Centro de Saúde, é comum eles estarem querendo acompanhar como que está o processo, ter notícias do caso. Isto é bem comum, às vezes eles lembram na reunião, “aí lembra de fulano, nossa esta mãe não sai daqui do Centro de Saúde, ela veio perguntar sobre o filho” Especialmente nos casos que são mais recorrentes ou de famílias grandes que todo mundo conhece a história, que possui um histórico complicado, então geralmente nesse caso é mais comum. Acontece um acompanhamento dos casos dentro de uma informalidade. Geralmente é assim, na reunião mesmo, é o que mais acontece, mais dessa maneira, “ah olha mãe de fulano veio aí hoje cobrar, e aí como é que tá né” Não é uma coisa de acompanhar pela ficha, é uma coisa mais de conversa mesmo.

Às vezes não tem um caso específico para psicologia, mas aí alguém lembra e fala: “então, eu fui na casa de fulano, nossa não tá legal”, então não chega a ser uma coisa crítica, aguda. Mas também tem gente que chega no Centro de Saúde em desespero, querendo atendimento psicológico pra ontem, e aí é complicado, porque a gente tem todo um processo a seguir né. Problemas todo mundo tem, né? Mas através da equipe é difícil chegar algum paciente em situação crítica, porque as pessoas vão lá no Centro de Saúde, passam no pediatra, no generalista, e geralmente quando se tem alguma dificuldade que o profissional perceba, eles trazem pra gente, e isto faz com que a equipe não deixe nenhuma família em situação de falta de atenção.

E até este processo trouxe um amadurecimento, através do trabalho em equipe e com a demanda que a gente atende, e com os muitos casos que chegam. Na própria equipe, durante a discussão na reunião, hoje a gente espera um pouco pra falar, pra que os outros profissionais também possam falar. Daí alguém diz: “acho que não é um caso pra vocês”, e a gente fala: “não é mesmo”. Então, você aprende a priorizar as coisas, os casos, em função da gravidade mesmo, da urgência. E eu aprendi muito sobre psicologia, em todos os sentidos: psicologia clínica, organizacional, dinâmica de grupo, tudo que você puder imaginar de disciplinas, ética, tudo dá pra aprender.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Melissa as reuniões de equipe tornam-se o elo para organização do fluxo de entrada e acompanhamento da demanda da saúde mental. Na prática, há um acompanhamento informal de todas as famílias atendidas, através da identificação natural das famílias e do vínculo estabelecido entre funcionários e usuários. Esta vivência de diálogo e troca entre os membros da equipe favoreceu a aprendizagem para discriminar a demanda em atendimento psicológico. Reconhece este processo como um desenvolvimento pleno tanto dos estagiários quanto dos funcionários em relação as tarefas de cada um e a atenção à saúde da própria demanda. Uma aprendizagem mais ampliada do campo da psicologia e de suas inter-relações com as outras áreas.

Interpretação

Percepção da reunião de equipe como uma estratégia central para organização do fluxo de entrada e de acompanhamento da demanda da saúde mental, através da relação de diálogo e de troca entre os membros da equipe para o acompanhamento informal das famílias atendidas. Consciência do desenvolvimento de todos os participantes da equipe em relação a atuação profissional. Reconhece o estágio na atenção básica como um espaço mais ampliado para aprendizagem em psicologia.

c) Compondo a Equipe de Saúde da Família como vivência da integração de diferentes profissões.

Porque a interdisciplinariedade, é uma coisa difícil de acontecer, de se dar na prática, na teoria ela é muito bonita. Mas quando você vê, que nem eu vejo, lá tem com diversos profissionais, tem dentista, o auxiliar que fica na farmácia, a generalista, a ginecologista, e cada um dá o seu “pitaco”, a sua idéia, e funciona super bem. Eu fico assim não surpresa, eu fico feliz, satisfeita.

A gente percebe a preocupação em toda a equipe, pra tá cuidando daquelas famílias, pensando sobre elas, e tentando resolver algumas questões de saúde daquela região.

Eu percebo que houve inclusive uma mudança na equipe, tanto da minha parte quanto da parte deles, pra eles deve ser uma coisa um pouco desconfortável essa rotatividade, cada ano ter que conhecer gente nova, novos estagiários. Porque deve ser ruim mesmo, cada ano você lidar com uma pessoa diferente, que trabalha de um jeito diferente. Então no começo era uma coisa mais assim: “olha tem um caso pra psicologia”. Hoje todo mundo chega mais descontraído, mais informal, e eu gosto disso, porque não precisa ser uma coisa rígida e distante, apenas porque apareceu um caso. Pode ser uma coisa mais de troca, não tão chata, e eu acho que isso acaba acontecendo na decorrência da convivência mesmo. Em função do grande convívio que existe entre a equipe e os estagiários, que contribui pra essa facilidade de ser aberta, mais flexível sem grandes formalidades. Mesmo nosso estágio sendo apenas um período só, um dia só na semana, as pessoas acabam participando mesmo.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Sente-se satisfeita e feliz por experimentar a interdisciplinariedade na prática. Para Melissa na equipe interdisciplinar há participação de todos os membros, com palpites e idéias de todos, uma certa inquietação tanto em relação ao cuidado das famílias, quanto às necessidades da região. Percebe que a convivência entre estagiários e equipe ao longo do ano, facilitou a transformação de uma relação rígida, formal e séria no início do estágio, para uma relação mais descontraída, próxima, flexível e informal, apesar da presença dos estagiários de psicologia acontecer uma vez por semana.

Interpretação

Satisfação e felicidade por vivenciar a interdisciplinariedade na prática. Reconhece a interdisciplinaridade quando há na equipe: participação de todos os membros com sugestões e idéias; preocupação tanto em relação ao cuidado das famílias, quanto as necessidades da região. Percepção de maior flexibilidade, descontração, interação e informalidade entre equipe e estagiários como transformação de todos os participantes em função do vínculo estabelecido ao longo do ano.

d) Modificando conceitos e paradigmas a partir da inserção do estagiário de psicologia em saúde pública.

Pois, quando eu falo que trabalho num Centro de Saúde, todo mundo fala: “nossa dever ser uma bagunça”, eu falo: “não, você tá completamente enganado”. Eu também tinha mais ou menos essa idéia e quebrei a cara, feliz da vida quebrei a cara.

E esta experiência fez com que eu enxergasse a própria saúde pública de um outro jeito, mudou a imagem que eu tinha da saúde pública, e inclusive até pra falar para outras pessoas o que realmente é a saúde pública.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Sente-se feliz por reconhecer que tinha preconceito e que desconhecia totalmente a realidade da atenção básica. Atualmente, Melissa defende a saúde pública frente aquelas pessoas que ridicularizam sua participação neste estágio. Depois desta experiência em uma realidade até então desconhecida, percebe a saúde pública de modo diferente, e sente-se preparada para esclarecer aos outros a realidade deste contexto.

Interpretação

Satisfação e sentimento de felicidade pelo reconhecimento do preconceito e do total desconhecimento da realidade da atenção básica. Transformação de conceitos pessoais e preocupação em defender a saúde pública daqueles que desconhecem o sistema público de saúde. Sente-se preparada para apresentar argumentos em relação ao contexto da saúde pública.

e) Avaliando a experiência do estágio de psicologia na Atenção Básica

...como estagiária também tenho uma liberdade maior, porque a equipe é pequena, posso perguntar, trocar idéia, pra saber como está indo não só na minha parte na psicologia, mas nas outras partes, na parte clínica, as outras coisas.

Eu gostei muito, eu nunca imaginei que fosse assim... Até porque eu nunca tinha lido nada a respeito, foi só nesse ano, através deste estágio que eu aprendi tudo sobre

programa de saúde da família, equipe de referência. E eu nunca imaginei que fosse deste jeito, nunca imaginei que funcionasse tão bem dessa forma.

Porque está sendo uma experiência muito boa, essa relação de troca, o fato da gente ficar durante um ano inteiro. É um período que dá tempo de você se relacionar com as pessoas e se tornar mais próximo de alguns profissionais, de alguns pacientes, você consegue acompanhar também alguns casos. ...A possibilidade de frequentar o Centro de Saúde o ano inteiro, acrescenta muito. Primeiro, porque eu praticamente não tive férias, comecei o estágio em fevereiro, e estou aqui direto, até agora né. Então na verdade, são dez meses, e eu não consigo imaginar como que os outros estagiários do curso de medicina, enfermagem, que ficam um mês e meio, dois meses, eu honestamente não sei o que eles aprendem, não sei. Acho que não dá tempo de conhecer nada, não sei como vão ter experiência de reunião de equipe, e sem frequentar reunião de equipe aprende menos ainda. Então eu vejo que tem que ter essa permanência prolongada, não dá pra você fazer parte de um trabalho que é complexo como este, e que envolve muitas coisas, muitos aspectos e você ficar apenas dois meses, três meses que seja. Porque até você se engrenar, você conhecer toda a realidade, às vezes eu me perdia até nos corredores do Centro de Saúde, não sabia onde estava. E pra você se tornar meio um personagem, um membro mesmo da equipe, como alguém que pertence aquela equipe, isso demora, leva tempo. E se você não tem esse processo, você acaba perdendo um pouco desse vínculo, eu penso que isso mudou bastante, hoje a gente convive como uma equipe no dia-dia do Centro de Saúde, vai conversa, como se fosse um membro da equipe, e isso favorece muito, e se não tivesse este tipo de aprendizado e esta experiência na participação na reunião da equipe, o ganho teria sido muito menor, em termos de qualidade do estágio como um todo.

Acho que esse amadurecimento, precisa de um tempo razoável, não é em um mês que você vai conseguir. Até porque o Centro de Saúde é quase um organismo, uma coisa viva. Você não tem como chegar no começo do estágio e falar: "para que agora eu quero entrar". Você entra no estágio, com o Centro de Saúde funcionando, então demora um tempo pra você encaixar no momento certo da engrenagem.

...e quando eu lembro que eu escolhi o Centro de Saúde, eu nem me lembro mais a razão da escolha. Mas hoje eu fico muito feliz de ter escolhido, porque foi uma formação que não fechou o olhar, muitíssimo pelo contrário, abriu o olhar e a visão para muitas outras coisas que eu nunca imaginei que um campo de estágio fosse tão multi-aspectos.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Trata-se de uma experiência positiva, que superou suas expectativas. Aprendeu muito a respeito do Programa de Saúde da Família, da equipe de de saúde, da psicologia e de outras áreas, como por exemplo, a clínica médica. Percebe que neste estágio há muita liberdade para tirar dúvidas, dar opiniões, e acompanhar a evolução dos atendimentos. Reconhece que o fato do estágio durar o ano inteiro, favorece a interação, o vínculo e a proximidade entre estagiários, funcionários e usuários. Acredita que os estagiários de outros cursos que ficam apenas alguns meses no estágio, estes pouco aprendem, em função da rápida convivência com os funcionários e com a realidade do centro de saúde. Este processo de participar na equipe de referência ao longo do ano favorece: a aprendizagem como um todo; a adaptação no campo de estágio; o sentir-se como membro da equipe. Melissa sente-se feliz com a escolha deste estágio, pois este oferece formação ampliada, para outras dimensões e para uma pluralidade de aspectos.

Interpretação

Avalia positivamente esta experiência, superando as expectativas. Reconhece a aprendizagem acerca dos temas de saúde da família. Percepção do convívio na reunião de equipe ao longo do ano como um espaço de muita liberdade para: esclarecimento de dúvidas, dar opiniões, acompanhar a evolução dos atendimentos, adaptar-se no campo de estágio, sentir-se membro da equipe. Reconhece o tempo de um ano de estágio como um facilitador da interação, do vínculo, e da proximidade entre estagiários, equipe e usuários. Senso crítico diante dos cursos que permanecem apenas alguns meses no Centro de Saúde. Satisfação e felicidade com a escolha deste estágio em função da formação ampliada, e da pluralidade de informações e propostas.

f) Transformando a prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família.

Eu gostei porque reflete que todo mundo tá aprendendo. Eu aprendo com a equipe quando falam alguma coisa sobre a dinâmica da família ou algo que eles me trazem, e eles aprendem também a discriminar as coisas, que nem tudo é para o psicólogo. É algo que é de todos, que tem haver com o campo de atuação, cada um com seu lucro, e que está todo mundo ali trocando suas idéias. Todos têm uma participação, uma responsabilidade pra quando se discute a saúde das famílias. E eu acho, aliás, que é como eu enxergo as reuniões de equipe, é um momento com várias demandas e necessidades colocadas, e cada um dando sua participação, na medida do possível e na medida que o outro vai entender, sem necessidade de ficar teorizando né...

Trata-se de uma experiência clínica ampliadíssima! Clínica ampliada na concepção que eu estudei mesmo. Eu acho, que é uma experiência de estágio de psicologia clínica que permite que você tenha múltiplos olhares, múltiplas experiências, e que pessoas com uma formação mais fechada não conseguiriam ter. Eu acho que esse é o grande diferencial, essas experiências que a gente tem com outros profissionais, e com outros saberes, que permitem que a gente olhe o paciente de uma maneira muito mais ampla, que o paciente não é só aquele que está sentado na sua cadeira, ele é uma pessoa que tem hipertensão, que tem cinco filhos, que mora num lugar determinado. Então isso tudo a gente acaba sabendo, por causa da discussão da equipe... E eu acho que isso sim foi muito importante pra mim, porque mesmo que um dia eu vá exercer minha profissão de psicóloga em uma clínica particular, isso vai comigo, uma experiência que não dá pra apagar. E que além deste ganho pessoal, eu acho que a população também acaba ganhando com isso, porque eles têm uma equipe a quem eles se reportam, a quem procurar ajuda. Uma equipe que tem o médico, a auxiliar da farmácia, tem agente de saúde, então a comunidade acaba ganhando esse vínculo maior, porque se fosse sem a referência da equipe de saúde todos seriam um monte de médicos, um monte de funcionário, que no fim você nem saberia pra quem se dirigir, eu acho que o usuário ganha com isso e ganha com a responsabilização por parte da equipe que se torna responsável por ele, pela família e tudo mais, mas também porque a equipe tem envolvimento com a população. E também percebo nesta minha equipe que busca se retirar um pouco para dar um pouco mais de autonomia pra pessoa, e não ficar naquele paternalismo, naquela coisa assistencialista, como a gente costuma perceber nos profissionais de saúde. Então eu acho que essa promoção de autonomia é uma coisa importante pro usuário, pois há muitos usuários, que ainda querem que o médico cuide de tudo, e que faça tudo, e que esta prática na direção da maior autonomia para as

peças, traz ganhos para o próprio usuário. No entanto, isto é algo que ainda vai levar um tempo, uma coisa de conscientização mesmo.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Melissa sente-se satisfeita em participar de um aprendizado coletivo, e de contribuir para que a equipe saiba discriminar a demanda para a psicologia. Diz respeito a uma ampliação da prática clínica: através da responsabilidade de todos os membros da equipe; centrada essencialmente na saúde das famílias de maneira abrangente; aberta a múltiplos saberes. A reunião é vista como um disparador para a resolução das necessidades e demandas de cada profissional. Trata-se de uma experiência singular, útil e essencial para atuação em qualquer área profissional, e que traz ganhos tanto para os profissionais, quanto para a população através da interação com a comunidade e do vínculo com as famílias. Também reconhece que na equipe há uma preocupação em ofertar atenção à saúde para a autonomia das pessoas que buscam ajuda evitando criar uma dependência do profissional ou da equipe.

Interpretação

Apresenta satisfação em participar da aprendizagem coletiva. Reconhece a contribuição dos estagiários em relação à discriminação da equipe frente à demanda de atendimento em psicologia. Percepção de uma ampliação da prática clínica, tendo a reunião de equipe como facilitador da resolutividade das necessidades e demandas dos membros da equipe. Julgamento desta experiência como algo singular e indispensável para atuação em qualquer área profissional, com benefícios tanto para os profissionais, quanto para a população. Preocupação com a autonomia das pessoas na relação de cuidado à saúde.

Síntese Integrativa Final de Melissa (4º passo)

Melissa sente-se satisfeita com a vivência do trabalho em equipe em um modelo de saúde pública que foi implantado recentemente. Compreende este modelo de saúde como uma estratégia que fomenta significativas mudanças no modo de trabalho: estimula a participação dos funcionários, promove a responsabilização compartilhada dos membros da equipe e favorece o vínculo com as famílias atendidas. Avalia positivamente estas mudanças e também reconhece a reunião de equipe como grande estratégia para implantação das mesmas.

Também percebe a reunião de equipe como uma estratégia central para organização do fluxo de entrada e acompanhamento da demanda em saúde mental. Reconhece que esta organização ocorreu a partir da convivência, do diálogo e troca entre estagiários e os membros da equipe para o acompanhamento das famílias atendidas. Demonstra consciência em relação ao desenvolvimento de todos os participantes da equipe frente à atuação profissional. Reconhece a atenção básica como campo de estágio para uma aprendizagem ampliada de psicologia.

Frente a diversidade de profissões na composição da equipe de saúde da família, Melissa sente-se satisfeita e feliz por vivenciar a interdisciplinariedade na prática. Também reconhece que esta prática interdisciplinar ocorre através: da participação de todos os membros com sugestões e idéias; de uma certa preocupação tanto em relação ao cuidado das famílias, quanto as necessidades da região. E percebe que a convivência entre estagiários e equipe ao longo do ano, contribuiu para uma interação mais flexível, descontraída e informal.

A partir desta inserção numa realidade totalmente desconhecida, Melissa sente-se satisfeita em perceber a modificação de conceitos pessoais frente a realidade do trabalho em Centro de Saúde. Atualmente preocupa-se em defender a saúde pública, e sente-se preparada para apresentar argumentos e esclarecimentos em relação ao contexto do sistema público de saúde diante das pessoas que demonstram desconhecer esta realidade.

Melissa avalia positivamente a oportunidade do estágio de psicologia na atenção básica, pois percebe ter sido uma experiência que superou todas as suas expectativas. Reconhece a aprendizagem obtida a respeito do Programa de Saúde da Família, e do funcionamento de uma equipe de referência. Percebe o convívio com os membros da equipe ao longo do ano através das reuniões

semanais, como algo fundamental para interação, formação de vínculo, e maior proximidade entre estagiários, membros da equipe e usuários. Isto contribuiu para sentir-se como membro da equipe e para adaptação no campo de estágio, em função do espaço de total liberdade para esclarecer as dúvidas e para acompanhar a evolução dos atendimentos.

Critica os cursos da Universidade que permanecem apenas alguns meses no Centro de Saúde. Por outro lado, sente-se satisfeita e feliz com a escolha deste estágio em razão da formação ampliada alcançada, e da diversidade de informações e propostas de intervenção em saúde.

Melissa sente-se satisfeita em participar do processo de aprendizagem coletiva através da transformação da prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família. Ela percebe que esta transformação fomenta a ampliação da prática clínica, tendo a reunião de equipe como um facilitador da resolutividade das necessidades e demandas dos membros da equipe. Também reconhece a contribuição dos estagiários em relação a capacitação da equipe para distinguir a demanda da psicologia. Julga o estágio em Centro de Saúde como uma experiência singular e indispensável para atuação profissional em qualquer área, com benefícios tanto para os profissionais, quanto para a população. E considera ainda que há na equipe uma preocupação com a autonomia das pessoas na relação de cuidado à saúde.

1.4 Análise do depoimento de Ruth

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passos)

a) Inserindo o estagiário de psicologia na Equipe de Saúde da Família como campo de atividade na atenção básica.

No começo foi um pouco difícil, desconhecia totalmente. O que eu conhecia de clínica, era a clínica escola, como um espaço fechado, sem proporcionar a integração com outros profissionais de saúde, e sentia falta dessa integração. ... Acho que o que me chamou mais a atenção, tanto é que foi a minha primeira opção de estágio, é a questão do desafio, de ser um lugar novo, ser desconhecido, desta questão de abordar o território ir além do consultório, tinha muita vontade de tentar descobrir esta prática no contexto de saúde pública. Então o que mais me motivou foi o desafio mesmo...

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Ruth, a fase inicial de estágio foi um pouco complicada em função do total desconhecimento do trabalho em saúde pública. Antes do estágio em Centro de Saúde, apenas teve experiência de psicologia clínica na clínica escola, sem ter a oportunidade de integrar-se com outros profissionais de saúde. Ruth sentia falta desta experiência com outros profissionais. Esta realidade nova e totalmente desconhecida despertou um grande interesse e desejo em escolher um estágio que oferecesse uma prática clínica além do consultório, voltada para o território. Sentiu-se motivada em conhecer esta realidade.

Interpretação

Vivência de um certo embaraço frente ao desconhecimento da realidade de saúde pública. Senso crítico em relação à formação na clínica escola em razão da ausência de integração com outros profissionais de saúde. Motivação, interesse e necessidade em capacitar-se em uma prática voltada para o contexto da saúde pública.

b) Compreendendo a Saúde Pública a partir da vivência do trabalho em equipe.

Eu acredito que o estágio de Saúde Pública me dá uma bagagem grande não só na parte acadêmica, mas também na prática neste contexto. Por exemplo, recentemente

teve concurso em Campinas, e como eu prestei só para ver como seria, foi muito legal, pois caiu na prova tudo o que a gente tem vivenciado e visto na prática. Caiu o que seria um CAPS, O que é o projeto Paidéia. Então acho que não só dentro da universidade, mas como esta realidade de estágio é um tema mais abrangente que não é algo só em Campinas, mas a nível nacional também. Foi ótimo conhecer na teoria e na prática o que é um projeto do Programa de saúde da família, e ter a oportunidade de estar vivenciando essa parte mais nova da própria saúde pública e saúde mental também. Também foi fundamental a própria vivência com as outras pessoas, com funcionários, Agentes de Saúde, usuários, e até o com o guarda do próprio Centro de Saúde, tudo isso acaba trazendo um aprendizado também afetivo desse espaço diferenciado. Neste estágio pude descobrir que na atenção básica há um olhar muito mais humanizado do que dentro da clínica. E foi essencial conhecer a realidade natural do Centro de Saúde, vivenciando todos os lados, e inclusive as dificuldades tanto das pessoas, como do próprio cotidiano do serviço.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Trata-se de um campo de estágio que supera o aprendizado acadêmico, e agrega habilidades que são úteis para a realidade profissional. Aprendeu na teoria e na prática o funcionamento do Programa de Saúde da Família, do CAPS, e do Projeto Paidéia, como realidades que ultrapassam a esfera da Universidade e que diz respeito ao cenário da saúde pública no País. Para Ruth a interação afetiva com os todos os funcionários (Agentes de Saúde, guarda) e usuários complementa a formação como um todo. Atualmente compreende a atenção básica como um trabalho mais humanizado do que outros contextos, e reconhece o cotidiano do Centro de Saúde com suas vicissitudes como uma experiência indispensável para sua atuação profissional.

Interpretação

Superação do aprendizado acadêmico, agregando habilidades que ultrapassam a esfera do cotidiano da Universidade. Reconhecimento da atenção básica como campo de estágio que integra teoria e prática a respeito do cenário de saúde pública nacional. As situações e interações com todos os profissionais e usuários são percebidas como formas de aprendizagem que englobam aspectos

cognitivos e afetivos. Há reconhecimento das vicissitudes da atenção básica, como um trabalho mais humanizado e indispensável para formação do psicólogo.

c) Compondo a Equipe de Saúde da Família como vivência da integração de diferentes profissões.

...A maioria das pessoas assume a responsabilidade pelos casos da equipe, os Agentes de Saúde, os médicos, os pediatras, o que acontece são alguns casos que pela própria demanda do paciente às vezes acaba sendo um pouco estigmatizado pela própria equipe: “ah fulano de novo”, e então: “a gente vai tratar de tal paciente?”, daí todo mundo: “ah de novo”, então tem alguns casos que são mais conhecidos da própria equipe, que talvez por solicitarem mais atenção, acredito que tem uma certa estigmatização. Nestes casos repetitivos, a equipe às vezes acaba criando aquele estereótipo: “ah de novo a dona fulana com aquela história, com aquela queixa”. Muitas vezes a própria família também boicota, existe esta dificuldade, porque às vezes o clínico passa o remédio, às vezes pede exame, faz o exame, e daí a pessoa da família não aparece mais, não tem retorno. Então é feita uma visita, mas muitas vezes a pessoa não mora mais lá, ela mudou para outra região, e acaba vindo neste Centro de Saúde só para ser atendida. ...Na minha experiência foi muito rica esta troca com vários profissionais e em especial com o Agente Comunitário de Saúde. Eu vejo que a função do agente comunitário é muito importante, mas que na própria reunião de equipe essa importância não é muitas vezes valorizada, nem devolvida a eles. Mas acredito que é fundamental a importância deles, no entanto na equipe há muito mais a cobrança: “ah você fez a visita, como que está aquela família?”. Eu percebi que o agente comunitário é uma peça fundamental, ele é o contato com a comunidade, então muito do funcionamento, do vínculo entre o Centro de Saúde e a população, se dá através deles. E também pelo fato de ser um morador do bairro. De uma maneira geral, os agentes são abertos, nos ajudam em qualquer dúvida nossa. Também nos orientam sobre a localização, e até para entender um pouco mais a respeito do usuário, como ele mora. Os agentes são importantes para se ter esse olhar do todo, principalmente em relação do contato do bairro do usuário, onde ele mora, como que é sua moradia, se tem saneamento básico, para depois estarmos integrando a parte da Saúde Mental. No meu caso, como estagiário, a figura do Agente Comunitário de Saúde me deu uma compreensão melhor do Centro de Saúde, da própria região. Até os próprios médicos perguntam a eles sobre a região, vão primeiro aos Agentes, daí eles falam: “ah tal família, é a mãe de sicrano...”, daí fica mais fácil conhecer a dinâmica da

família. É algo mais completo do que o nome ou FF do paciente, também pelo fato do agente ser um morador do bairro, ele sempre acrescenta detalhes na história daqueles pacientes e do próprio bairro.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Na prática há uma responsabilização pelo cuidado dos usuários por toda a equipe. Porém, Ruth percebe que há uma dificuldade da equipe em compreender as famílias que costumam freqüentar excessivamente o Centro de Saúde, sendo rotuladas de forma pejorativa. A visita domiciliar é reconhecida como uma estratégia para acompanhamento das famílias que não aderem, nem retornam ao tratamento. Reconhece a importância da interação entre os vários profissionais, e avalia que o agente comunitário de saúde é muito cobrado e pouco valorizado. Para Ruth, o fato de o agente comunitário ser um morador do bairro onde a equipe trabalha, favorece os seguintes aspectos: o contato mais próximo com a comunidade, torna-se referência do Centro de Saúde para a população, uma espécie de “guia” em relação a localização das residências e toda infra-estrutura do bairro, possui visão mais ampla e aberta a respeito da realidade da região, uma espécie de “prontuário biográfico” das famílias, um profissional essencial para formação do estagiário em Centro de Saúde.

Interpretação

Reconhece a responsabilização dos membros da equipe em relação aos usuários, a visita domiciliar como uma estratégia utilizada no acompanhamento das famílias sem adesão ao tratamento no Centro de Saúde, e a importância da interação entre os vários profissionais para o trabalho em equipe. Tem a percepção da dificuldade da equipe em compreender algumas famílias que freqüentam o Centro de Saúde excessivamente. E avalia positivamente a participação do agente comunitário de saúde na equipe em função do seu papel junto a população, e para a formação do estagiário de psicologia em saúde pública. Critica a pouca valorização e alta cobrança em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde.

d) Transformando a prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família.

E no Centro de Saúde foi uma maneira que eu vi que funciona, você vê mais na prática essa integração funcionando, durante a discussão de caso, vendo o paciente de todos os lados, na parte clínica, na parte psicológica, através do apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, que é essencial para o funcionamento do trabalho com a comunidade. ...As auxiliares de enfermagem também estabelecem esse vínculo. Até tem uma experiência de uma auxiliar de enfermagem, que fez uma triagem do paciente e começou a se vincular a ela, e nestas conversas ela falou que havia curso na CETROCAMP, que tinha curso de informática na Microcamp. Este paciente era usuário de droga, e a partir deste vínculo ele se sentiu valorizado, e resolveu fazer o curso. Ela também perguntou se ele gostava de ler, e deixou um livro para ele, e depois deveria voltar no Centro de saúde para contar a história para ela. Nesta experiência fica claro que independente da faixa etária e da queixa inicial, essa escuta é fundamental, independente de quem seja o funcionário também, desde o segurança até a administração tem que estar aberto para ouvir o usuário. Acredito que sim, e até na maneira de deixar que cada um realize seu trabalho, dar mais independência para que todos realizem seu trabalho da melhor maneira possível e pontuando as questões e temas que envolvam toda a equipe.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Ruth reconhece vários aspectos que apontam que no trabalho cotidiano do Centro de Saúde há uma clínica mais integrada através: das discussões de casos com a participação de todos os profissionais; do trabalho com a comunidade a partir do agente comunitário de saúde; do vínculo estabelecido com os usuários; da escuta acolhedora e continente realizada por todos os profissionais, inclusive do pessoal administrativo e da segurança. Ela percebe que a mudança na prática clínica para o desenvolvimento de uma escuta mais qualificada é resultado de um processo de maior autonomia no cotidiano do próprio trabalho em equipe.

Interpretação

Reconhece que no Centro de Saúde há uma clínica mais integrada em razão de algumas condições: participação de todos os membros da equipe nas discussões de casos; trabalho com a comunidade a partir do agente comunitário de saúde; relação de vínculo entre funcionários e usuários; e uma escuta acolhedora e continente. Percepção do desenvolvimento de uma escuta mais qualificada, como resultado do processo de maior autonomia conquistado no cotidiano do próprio trabalho em equipe.

e) Organizando a atenção à saúde mental a partir da convivência entre estagiários e Equipe de Saúde da Família.

Então a gente tem discutido isso na equipe, as dificuldades que a equipe está passando atualmente no Centro de Saúde. Atualmente o Centro de Saúde não tem psiquiatra, e daí discutimos até que ponto a própria equipe pode dar esse respaldo psiquiátrico, atendendo a demanda para consulta psiquiátrica, mesmo sem ter psiquiatra lá. Como estar vendo outras alternativas, como tentar conseguir psiquiatra ou alguma referência para que o trabalho possa ser feito da melhor maneira. Então a gente discutiu se era questão de continuar atendendo esses pacientes ou encaminhando para outro lugar, Até foi discutido que num outro Centro de Saúde, foi conseguido um psiquiatra, porque as equipe se recusaram a atender a demanda da psiquiatria, tanto pelo fato de colocar em risco a saúde do próprio paciente, como também de prejudicar o currículo do médico se estiver se responsabilizando por aquele caso, sendo que ele não tem uma especialização na área de saúde mental ou psicofármacos. Eu acho que muita vezes é importante a presença do psiquiatra, mas também acho que a própria equipe pode ser um ambiente continente, que o usuário não vem ao Centro de Saúde apenas pela questão da doença dessa pessoa. Então a própria equipe ou um Centro de Saúde mais continente para essas pessoas, pode contribuir inclusive para que a própria doença não piore. Pois, mesmo sendo paciente psiquiátrico ou não, ele também carece de escuta, dessa afetividade. ...tem profissionais que acabam se responsabilizando pelos casos, mas têm outros que às vezes acabam entendendo que aquele tipo de caso é só da parte da psicológica, só da saúde mental, e conforme a gente foi discutindo a gente acabou vendo que a maioria dos casos tinham questões de saúde mental, mas isso não encerrava o caso nele mesmo, fora essa parte de saúde mental, tinha a parte clínica,

tinha outras coisas que até colaborava pra esse agravamento dessa própria patologia. Da questão social também, às vezes fica muito confuso, sem saber até que ponto vai a saúde mental, até que ponto entra a questão social. Acho também que no Centro de Saúde se trabalha com a questão do limite, se sabe que até pelo próprio pouco tempo, que há vários limites, e isso é um fator que dificulta um pouco... ..E isso a gente vê dentro da própria área da saúde mental. Por exemplo, foram abertos alguns espaços para que esses pacientes pudessem estar utilizando o Centro de Saúde, e terem um acesso mais rápido. Mas muitas vezes o usuário não adere, ou em função da própria dinâmica familiar. Penso que dentro desta lógica da responsabilização, e na relação de vínculo que é estabelecido com o serviço, seria fundamental mostrar para eles a importância destes espaços abertos para eles, explicando um pouco mais como é feito o trabalho, e convidando eles para serem co-autores. É preciso explicar pra população que a equipe precisa da ajuda e colaboração de todos, e que existe outras saídas para atendê-los além das consultas individuais. Esta compreensão das agendas e da oferta de vagas é importante para não prejudicar principalmente o atendimento de pessoas que precisam com mais urgência. ...Particpei de um projeto junto ao CAPS, também fiz um trabalho em parceria com a estagiária da TO, em um grupo de senhores. Acho que foi bom e consegui entender um pouco melhor acerca do trabalho da TO, foi interessante a gente estar trabalhando junto no Centro de Saúde. E também particpei das reuniões de saúde mental, o que complementou minha compreensão a respeito do funcionamento da equipe da saúde mental, do trabalho dos apoiadores do distrito de saúde, e ver na prática como funciona a organização da saúde mental no Centro de Saúde e na regulação de fluxo da demanda de usuários.

Redizendo o depoimento (3º passo)

A reunião de equipe é percebida como um espaço para discussão dos seguintes assuntos: ausência de psiquiatra na equipe; a responsabilidade da equipe no atendimento da demanda dos casos da psiquiatria; alternativas na ausência de psiquiatra na unidade; as conseqüências para o serviço, o usuário e para o médico quando se faz atendimento psiquiátrico sem ter formação compatível. Ruth julga ser fundamental a presença de um psiquiatra na unidade, no entanto também reconhece a responsabilidade da equipe na continência, escuta e atenção aos diversos usuários. Para ela independente de ser paciente da psiquiatria, ele não deixará de ser um paciente da equipe de referência. Ruth percebe que há alguns limites no trabalho em saúde pública: a realidade social

das pessoas muitas vezes é confundida como sinônimo de dificuldade psicológica; o fato de a organização do serviço centrar-se exclusivamente nos funcionários sem a participação da população. Para Ruth o seu aprendizado a respeito do funcionamento e da organização da saúde mental na atenção básica, ocorreu através de sua participação nas seguintes atividades: no Projeto do CAPS, no grupo operativo de senhores em parceria com a terapia ocupacional, e nas reuniões da saúde mental.

Interpretação

Reconhece a reunião de equipe como um espaço para discussão de temas de ordem clínica e para condução de casos; e na esfera organizacional e de gestão, para composição do campo de atuação da equipe e de cada profissional. Avalia a necessidade da presença de um psiquiatra na unidade, e também há o reconhecimento do papel e da responsabilização da equipe para com todos os usuários da psiquiatria. Percepção da integração das experiências em Projeto no CAPS, no grupo operativo de senhores em parceria com a terapia ocupacional, e nas reuniões da saúde mental, como um espaço privilegiado de aprendizagem a respeito do funcionamento e da organização da saúde mental na atenção básica.

f) Enfrentando limites e dificuldades no cotidiano da saúde pública

...porque a gente já sabia pela vivência dos outros estagiários, que era um estágio que tem suas dificuldades; muitas vezes não tem sala; às vezes o material é mais restrito por ser fora do espaço da clínica de psicologia, mas acho que acaba compensando por essa troca de outros profissionais, como também de outros estagiários. ...Sim, a questão do limite também dos próprios casos, porque tem questões que a gente se depara com um limite da própria atuação da equipe, até onde a gente pode ir, e que as vezes entra outras questões. As vezes, apenas cabe outras redes de ajuda que vão acabar completando o caso. E também acho interessante saber o retorno dos casos, acho que é gratificante saber que foi dado continuidade nos casos, e que essa troca também ocorre com o próprio usuário do Centro de Saúde, quando muitas vezes você fez uma triagem ou acompanhou um pouco o usuário, e ele se sente gratificado pelo trabalho que você fez, e acaba encontrando com você no corredor para agradecer e falar: “muito

obrigado”. E acho também que essa população é carente de escuta, que muitas vezes a própria dinâmica do Centro de Saúde, o fato do pessoal estar lá todo dia, e tendo outras preocupações eles acabam se preocupando as vezes mais com a parte da doença, não se preocupando com a escuta, com o acolher esses usuários. E muitas vezes só o fato de escutar, acredito que eles se sentem melhor. ...Esta questão da localização também é algo que acaba dificultando, as pessoas quando mudam de endereço não entendem que precisam abrir um cadastro em um outro serviço. Então é uma via de mão dupla, tanto uma responsabilidade da própria família como do próprio serviço. Muitas vezes pelo fato do serviço público de saúde ser gratuito, a população acha que sempre terá algum funcionário para atendê-los. Acho que eles deveriam pensar que existem outros casos, que não são atendidos devido a falta de consultas, ocasionada pela não adesão ao tratamento. Acho que essa questão da doença, acaba sendo colocada como responsabilidade exclusiva do Centro de Saúde. Como se desde o momento que a pessoa entrasse no serviço, a responsabilidade do cuidado da doença seria toda do Centro de Saúde. Não é feito um projeto participativo, entre os dois se responsabilizando por aquela doença. Para a população, é de responsabilidade apenas do Doutor as soluções de suas queixas, se eximindo um pouco deste compromisso. ...Eu acho assim, que essa dificuldade de adesão, também passa pela relação que é estabelecida entre as equipes. Porque muitas vezes é passado o recado de uma equipe para outra, sobre a organização do serviço, com a intenção de não acontecer sempre os mesmos problemas. Até já chegou a reunir todas as equipes, pra informar a importância de não se deixar nenhum encaminhamento de paciente anexado no caderno da equipe, pois este tipo de procedimento faz com que os casos se percam e também transmite pra população um certo desleixo em relação ao nosso trabalho. Ou seja, na recepção os funcionários sabem que o usuário deveria ser acolhido para depois o caso ser discutido na equipe, e não apenas anotar o nome no caderno da equipe. Acho que esta simples fragmentação no trabalho, também influencia na própria adesão aos grupos e outras atividades. Ocorre uma organização meio dividida, que interfere totalmente no cotidiano da própria equipe. Cria um ciclo vicioso, pois o funcionário acaba esperando aquele paciente, e a pessoa não comparecendo o horário fica vago, ficando tempo ocioso e sem atender uma outra pessoa, mantendo assim uma demanda reprimida. Porém, seria importante fazer este levantamento para dar um retorno para a própria equipe, que também precisa enfrentar este impasse da não adesão dos pacientes. Este levantamento só ocorre quando às vezes o próprio usuário acaba reclamando do não atendimento, e no prontuário esta escrito que o usuário faltou, daí mostra-se o prontuário para ele e fala que havia faltado neste período. Ou seja, explica que tinha sido aberta uma possibilidade para ele ser atendido, e como ele não respondeu a essa abertura de espaço ele vai ter aguardar mais

um tempo para ser chamado novamente.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Mesmo reconhecendo existir algumas dificuldades básicas neste estágio, percebe que a interação com os funcionários e com outros estagiários como algo superior as dificuldades encontradas. Dentre os limites a serem enfrentados Ruth reconhece os seguintes: a dependência de outras redes de ajuda quando a queixa extrapola a esfera da atenção à saúde; a alta demanda de pacientes somado a outras inquietações no cotidiano do trabalho, como condições que favorecem a prática clínica centrada na doença distanciando da escuta acolhedora; a mudança freqüente de endereço dos usuários; o alto índice de faltas nas consultas individuais em todas as especialidades em razão do agendamento sem acolhimento logo na chegada do paciente, e também em função de práticas isoladas de alguns funcionários. Para Ruth, a simples prática de uma escuta acolhedora e continente torna-se mais resolutiva para os usuários, uma prática que a faz sentir-se em estado de gratidão diante do agradecimento das pessoas acolhidas. Também avalia a necessidade de difundir para todos os funcionários a quantidade de pessoas que faltam nas consultas .

Interpretação

Demonstra a percepção da interação entre funcionários e estagiários de outras áreas como algo que ultrapassa as dificuldades encontradas no estágio. Reconhece que os casos com demandas sociais e a freqüente alteração de endereço de vários usuários, como alguns dos limites a serem enfrentados. Apresenta senso crítico em relação à atenção clínica centrada na doença; a práticas isoladas de alguns funcionários, diante da alta demanda de pacientes e da falta de organização do serviço. Julga a prática de uma escuta acolhedora e compreensiva como a solução para uma atenção mais resolutiva. Expressa gratidão diante da satisfação dos usuários quando suas queixas são resolvidas. Necessidade em transmitir a todos o alto índice de faltas nas consultas.

g) Avaliando a experiência do estágio de psicologia na Atenção Básica

...porque na medida que você está inserido no serviço mas não está vivenciando a semana inteira no Centro de Saúde, e conhecendo como é a dinâmica do próprio local, até nisto há uma diferença. Porque acredito que durante uma semana, muita coisa acaba se modificando, e a gente que vai lá uma vez por dia, já nota que existe mudança, quanto mais se fosse um pouco mais intensivo seria muito mais enriquecedor. ...Este estágio me deixou muito mais preparado para enfrentar a realidade. Pois agora a gente vai se deparar a partir daí do próximo ano, com a realidade de ser psicólogo, e talvez com um pouco desta demanda na parte da psicologia, e resta-nos ver qual a frente que vai seguir, acredito que essa demanda dos usuários de serviço público, no trabalho com as pessoas que não tem recursos para estar pagando uma terapia, nos acrescenta bastante para atuarmos em qualquer frente de trabalho, seja através de ONGS ou prestando concurso público. ...Do mais este estágio foi bastante foi bastante enriquecedor pela diversidade de experiências e trocas.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Ruth percebe que se o estágio fosse durante a semana toda, o aprendizado seria ainda mais completo e próximo da realidade. Atualmente sente-se preparada para o mercado de trabalho, em função do aprendizado adquirido no trabalho com os usuários do Centro de Saúde. No geral avalia positivamente a experiência deste estágio, especialmente em razão da diversidade de experiências e interações.

Interpretação

Senso crítico diante do pouco tempo de permanência no estágio. O trabalho direto com os usuários fomentou a aprendizagem no Centro de Saúde, e a preparação necessária para enfrentar o mercado de trabalho. Valoriza a experiência do estágio em razão da diversidade de experiências e interações.

Síntese Integrativa Final de Ruth (4º passo)

Para Ruth, sua inserção como estagiário de psicologia na atenção básica é vivenciada com um certo embaraço pelo desconhecimento da realidade de saúde pública. Critica a formação na clínica escola em razão da ausência de integração com outros profissionais de saúde. Diante da novidade do trabalho em uma equipe de saúde da família, Ruth ficou bastante interessada e motivada em escolher este estágio, e também percebe a importância em capacitar-se em uma clínica que ultrapasse a prática do atendimento exclusivo em consultório para um trabalho no território da comunidade.

Trata-se de um campo de estágio que supera o aprendizado acadêmico, agregando habilidades que ultrapassam a esfera do cotidiano da Universidade. A partir desta vivência do trabalho em equipe compreende a atenção básica como um campo de estágio que integra teoria e prática a respeito do cenário de saúde pública nacional. Percebe todas as situações e interações com todos os profissionais e usuários como formas de aprendizagem que englobam aspectos cognitivos e afetivos. Depois deste estágio Ruth reconhece todas as vicissitudes da atenção básica, como um ambiente de trabalho mais humanizado e também indispensável para formação do psicólogo.

Também reconhece a responsabilização dos membros da equipe em relação aos usuários, e a visita domiciliar, como uma estratégia de acompanhamento das famílias que não aderem ao tratamento no Centro de Saúde. Para ela a interação entre os vários profissionais torna-se essencial para a composição da Equipe de Saúde da Família. Percebe a dificuldade da equipe em compreender a dependência excessiva de algumas famílias em relação aos profissionais, ou ao próprio Centro de Saúde. Avalia positivamente a participação do agente comunitário de saúde na equipe, tanto em função do seu papel junto a população, quanto em relação à formação do estagiário em saúde pública. Critica a pouca valorização e alta cobrança em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde.

Ruth reconhece que a partir da organização das Equipes de Saúde da Família, há uma prática clínica mais integrada, em razão das seguintes

transformações: da participação de todos os profissionais nas discussões de casos; do trabalho mais próximo na comunidade através do agente comunitário de saúde; da relação de vínculo com os usuários; da escuta acolhedora e continente realizada por todos os profissionais, inclusive do pessoal administrativo e da segurança. Há desenvolvimento de uma escuta mais qualificada, em razão do trabalho se realizar com maior autonomia para a organização do cotidiano da equipe.

A partir da convivência entre estagiários e equipe de saúde da família, Ruth reconhece a reunião de equipe como um espaço para discussão de temas de ordem clínica e resolução de casos, e também para organização do processo de trabalho e discriminação do campo de atuação da equipe, e de cada profissional. Um processo de organização da atenção à saúde mental, e da explícita solicitação de um psiquiatra na unidade. Também reconhece a responsabilização da equipe em relação à atenção à saúde integral de todos os usuários da psiquiatria. Ela percebe a integração das experiências no Projeto do CAPS, do grupo operativo de senhores em parceria com terapia ocupacional, e nas reuniões da saúde mental, como um espaço privilegiado de aprendizagem a respeito do funcionamento e da organização da saúde mental na atenção básica.

Ela percebe a interação entre funcionários e estagiários de outras áreas como algo que ultrapassa as dificuldades encontradas no cotidiano do estágio em saúde pública. Também reconhece que há casos complexos com demandas sociais; e a freqüente alteração de endereço dos usuários, como alguns dos limites a serem enfrentados por toda a equipe de saúde. Critica a prática da atenção clínica centrada na doença, e as atitudes isoladas de alguns funcionários, como consequência da alta demanda de pacientes e da falta de organização do serviço. Julga a prática da escuta acolhedora e compreensiva como uma alternativa para uma atenção mais resolutiva. Expressa uma enorme gratidão diante da satisfação dos usuários quando suas queixas são resolvidas, e exprime a necessidade de transmitir a todos o alto índice de faltas nas consultas.

Critica o pouco tempo de permanência no estágio. Para ela trabalhar diretamente com os usuários fomentou a aprendizagem no Centro de Saúde. No geral Ruth valoriza a experiência do estágio de psicologia na atenção básica em razão da diversidade de experiências e interações, e atualmente sente-se

preparada para enfrentar o mercado de trabalho.

1.5 Análise do depoimento de Catarina

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passo)

a) Compondo a Equipe de Saúde da Família como vivência da integração de diferentes profissões.

... a troca de experiência é muito importante, às vezes você tem dúvida com relação a alguma medicação, você não sabe o que é, aí você pergunta pro médico, e ele já te explica direitinho. ...Eu percebo que há muitas trocas de experiências, eu acho importante, porque eu acho que a gente não entende de tudo, a gente precisa dos outros profissionais pra entender como que o indivíduo funciona, o que é melhor pra ele. Como eu comentei pra você da questão do remédio, eu não sei nada sobre remédio, os efeitos, pra que é, pelo menos na faculdade nunca vimos nada sobre medicação, e estando na equipe com um profissional que entende ele pode me explicar, às vezes o remédio dá alguma reação, e por exemplo a pessoa esta depressiva, então é importante saber os efeitos da medicação sobre o organismo. Ajuda inclusive no olhar sobre seu paciente, de repente você está acompanhando a pessoa e trocando com os outros profissionais da equipe, você acaba complementando sua compreensão sobre a pessoa individualmente. ...Na minha equipe tem uma terapeuta ocupacional, ela é ótima, ela é super participativa, ela sempre sugere, tem bastante idéias. Foi bastante enriquecedor conviver com ela, porque às vezes no começo a gente ficou meio assustada, com aquele monte de encaminhamento, “meu Deus o que eu faço? E agora?” E ela ajudou a gente, falava pra gente ficar calma, dizia o que dava pra gente fazer. Orientou a gente pra fazermos triagem, dizia o que era mais importante na situação. No nosso caso acho que a TO foi uma pessoa que a gente sempre pode contar lá dentro, pra qualquer dúvida eu pergunto pra ela. Mas como eu já comentei pra você, há outros profissionais que parece ser mais difícil ter este tipo de aproximação. Com a psicóloga, a gente não tem tanto este contato. Eu nunca conversei com ela, e acho que ela não é aberta pro diálogo. Até já tentei mas não fui muito bem acolhida, me pareceu que ela não gostou muito desta nossa aproximação. Eu penso que é essencial esta troca entre os profissionais e também com os estagiários, pra fazer alguma coisa junta, saber o que o outro faz, o que eu faço.

...Pelo menos na minha equipe as pessoas que participam, acham importante essa troca, acho que esta questão depende tanto do modelo que aponta as diretrizes mas que também depende da aceitação deste modelo por cada funcionário.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Catarina, na equipe há uma constante permuta de experiências entre as diferentes profissões, uma espécie de aprendizagem, indispensável para compreensão do indivíduo como um todo. Trata-se de uma oportunidade para aprender temas que não foram ensinados na Universidade, como por exemplo farmacologia. A presença da Terapeuta Ocupacional na equipe é valorizada em função da sua participação nas reuniões, assim como pelo apoio, orientação e explicações aos estagiários ao longo do estágio. Também percebe que há funcionários de outras equipes que não se relacionam com os estagiários, e são fechados para o diálogo. Tanto Catarina, como os membros da equipe, julgam que a interação entre todos e a troca de informações, são atitudes indispensáveis para conhecer cada profissional, e para o trabalho em equipe. Para ela esta interação é uma consequência tanto da implantação das recentes diretrizes do modelo de saúde, quanto da aceitação individual de cada funcionário deste modelo.

Interpretação

Reconhece a equipe como um espaço de constante permuta de experiências entre as diversas profissões. Um aprendizado indispensável tanto para a compreensão do indivíduo em sua totalidade, como para conhecer temas que não foram ensinados na Universidade. Valoriza a presença do Terapeuta Ocupacional na equipe e entre os estagiários. Critica os funcionários que não se aproximam dos estagiários. Percepção da interação e da troca de informações entre todos como atitudes indispensáveis para o trabalho em equipe, e que reflete tanto a implantação das diretrizes do recente modelo de saúde, como da aceitação individual de cada membro da equipe deste modelo de saúde.

b) Modificando conceitos e paradigmas a partir da inserção do

estagiário de psicologia em saúde pública.

Como eu falei, por mais que a gente não conhecia o sistema de saúde, que não tinha a mínima idéia como funcionava, mas na supervisão ela sempre estava explicando pra gente. E também com o seu apoio aqui no próprio estágio, sempre próximo da gente, sempre ajudando, sempre aberto pra nossas dúvidas, acho que isso que deu muita segurança pra nossa atuação. Porque a demanda é grande mesmo, e no início isto assusta, você chega no Centro de Saúde e diz: “meu Deus socorro, o que eu vou fazer com tudo isso?” Mas com o passar do tempo, a gente começa a compreender melhor todo o sistema, e aos poucos esta a imagem que você tinha de saúde pública vai se modificando. Eu tinha uma noção mais ambulatorial, eu não sabia muito bem o que era um Centro de Saúde, pra mim era uma coisa mais hospitalar, nesse sentido, mas quando eu tive uma aula no ano passado sobre saúde pública, eu entendi melhor como era, e foi aí que eu comecei a gostar, percebi que é muito diferente da realidade de um hospital, e então falei: “nossa é o que eu quero sabe”. ...Tanto na escolha, mas principalmente através da prática a mudar a visão que eu tinha da saúde pública como aquela coisa que a gente ouve na televisão, as filas, gente morrendo... Neste estágio além do aprendizado pude ver que não é assim, que tudo isto que eu conheci a TV não mostra e pouco se fala.

Redizendo o depoimento (3º passo)

No início, Catarina sentiu-se temerosa em razão da alta demanda de pacientes, aos poucos foi percebendo seu total desconhecimento da realidade do sistema de saúde. Para ela a atenção básica era sinônimo de trabalho ambulatorial e hospitalar, no entanto, sentiu-se segura pelo apoio e pelas explicações durante as supervisões e nas orientações do psicólogo da PUC no campo de estágio. Através do estágio foi compreendendo o funcionamento do sistema público de saúde, e as diferenças entre atenção básica e atenção hospitalar. Trata-se de uma experiência que contribui tanto com a aprendizagem, como também para modificar a imagem transmitida nos meios de comunicação acerca da saúde pública.

Interpretação

Insegurança (“assustada”) frente à alta demanda de pacientes. Surpresa diante da percepção da saúde pública como algo totalmente desconhecido. Reconhece seus preconceitos, e a imagem distorcida que possuía a respeito da atenção básica. Segurança diante do conhecimento e do aprendizado obtido nas supervisões e no cotidiano do estágio como algo não divulgado pela mídia.

c) Transformando a prática clínica em Centro de Saúde a partir da organização das Equipes de Saúde da Família.

Eu acho que é uma proposta muito boa. Ajuda a investigar melhor os casos, toda mundo acaba participando na condução para ajudar o paciente. Todo mundo vai atrás de mais detalhes, na hora da reunião alguém já vai pegar a pasta, já traz e daí a gente começa a perguntar: “o que a gente faz, o que vocês acham melhor pra fazer”, e cada um dá sua opinião: “então, eu acho que tem isto, eu sinto assim”. ... Eu acho que uma coisa que seria importante falar, é a respeito das visitas, a oportunidade de estar conhecendo os bairros, pra ter noção da realidade das pessoas, é algo que complementa a visão do estágio. Desde o começo surge esta oportunidade pra sair nas visitas da equipe que acontecem toda semana. Penso que muitos psicólogos não têm noção da realidade, de como vivem os clientes, de saber a respeito dos recursos disponíveis da comunidade, se no bairro tem um clube pra jogar bola de sexta-feira à tarde, é muito importante saber tudo isto. É algo que vocês comentaram no início do ano, e por isso eu fui atrás, procurei perguntar pra equipe e também fui conhecer de perto. Mas seria interessante sair pelo bairro outras vezes, porém, devido os vários outros estágios você acaba não tendo tanta disponibilidade em função destas outras atividades. Uma coisa é ouvir falar a respeito do bairro, como as pessoas vivem, onde moram, outra situação é vivenciar de perto tudo isto e conhecer a realidade como ela é, e isto sim é muito importante.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Catarina julga tratar-se de um bom modelo de atenção à saúde da população. Uma proposta de atenção mais resolutiva, interdisciplinar, compromissada com os usuários, e realizada através das reuniões da equipe. Para ela a visita domiciliar é um recurso essencial tanto para o cuidado das pessoas, como para a aprendizagem do estagiário, e do psicólogo em relação ao

contexto das pessoas e para o reconhecimento dos recursos disponíveis na comunidade. Para ela torna-se essencial conhecer o bairro e as residências dos usuários, uma vivência que supera o simples relato verbal dos funcionários durante as reuniões de equipe.

Interpretação

Avalia positivamente a proposta deste modelo de atenção à saúde. Reconhece neste modelo uma atenção clínica mais resolutive, interdisciplinar, e organizada através das reuniões de equipe para responsabilização dos usuários. Percepção da visita domiciliar como uma estratégia essencial para o trabalho em equipe e indispensável para a formação do profissional de psicologia. A vivência no contexto da comunidade e nas residências dos usuários supera o relato verbal dos funcionários a respeito da realidade de algumas famílias.

d) Organizando a atenção à saúde mental a partir da convivência entre estagiários e Equipe de Saúde da Família.

No meu caso, como eu freqüento as reuniões da minha equipe, e lá não tem problema nenhum, é todo mundo muito aberto, muito pelo contrário, eles até tem aquele mito de psicólogo, sempre querem saber o que eu acho disso. Pra eles, psicólogo tem opinião de tudo, tem que entender de tudo. Mas de quem não freqüenta as nossas reuniões, fica complicado, pois não fica sabendo nossas decisões, mas fica encaminhando sem detalhes de informação, algo meio fragmentado. ...eu acho que na equipe que eu participo eles compreendem e recebem bem nosso apoio de estagiários na discussão dos casos, eles sempre ouvem nossa opinião, não tem aquela coisa de que estagiário não sabe o que fala, muito pelo contrário eles sempre perguntam o que vocês acham, o que vocês fariam, então eu acho que eles são bem abertos pra gente assim. É uma ótima experiência, essa coisa de freqüentar e fazer parte de uma equipe, ela é importante pro processo todo do estágio. ...Quando a gente chegou no Centro de Saúde tinha uma caixinha cheia de encaminhamentos pra psicologia, mas não se sabia o porque dos encaminhamentos. Tinha encaminhamento desde 2000, aí a gente levou pra equipe, e falou que não é assim que deveriam chegar os casos para nós. Nós colocamos que se alguém achar que alguma pessoa estiver precisando de encaminhamento, que era pra

trazer pra equipe, e conversarmos a respeito. Isto funcionou bem, ao mesmo tempo fomos percebendo que muitas pessoas daquela caixinha de espera nem estavam mais precisando de atendimento, ou até mesmo porque já tinham mudado de endereço. Também aproveitamos a oportunidade pra irmos esclarecendo na equipe o que é uma psicoterapia. Porque o que acontecia muito no início é que chegavam muitos encaminhamentos dizendo que a pessoa estava muito deprimida, só porque chorou no consultório. Alguns profissionais que não sabiam lidar com o problema, ou quando não sabia o que fazer, simplesmente encaminhava pra psicoterapia. Não entendiam que não se tratava de uma depressão, que às vezes era algo apenas naquele dia, era apenas aquela situação, e que talvez através de um acolhimento feito pelo médico, por uma enfermeira, ou pelo auxiliar de enfermagem responsável pela entrada dos pacientes naquele dia, já poderia acolher e resolver a demanda. Não é o caso de encaminhar pra psicoterapia. Eu acho que isso melhorou muito na equipe, ainda tem muito a mudar, mas melhorou bastante. Atualmente a equipe tem uma outra abordagem, um outro olhar, quando chega alguma demanda pra saúde mental. Mas as vezes ainda tem aquela coisa, que alguns profissionais aparentam ter meio medo, não sabem lidar quando o paciente fica chorando, principalmente médico, acha que chorar é problema emocional, que tem que ir pra psicologia. Isto ainda acontece às vezes. ...É mais comum entre eles. Por exemplo, na nossa equipe pro ginecologista, toda TPM precisa de psicoterapia. Foi através desta situação que a gente tinha acabou pensando em trazer este tema pra discutir com todos da equipe. Em abordarmos a questão da TPM, os sintomas, os fatores emocionais do ponto de vista da psicologia, e abrimos para as outras profissões para cada uma dar sua contribuição a respeito deste tema. ...Foi uma demanda que foi surgindo aos poucos, primeiro pela insistência de encaminhamentos com este tipo de situação. A gente sempre estava levando esta insistência pra nossa supervisão, e durante a supervisão pensamos em sugerir a equipe a apresentação do tema.

Relata como acontece a discussão de caso durante a reunião da equipe:

A gente tenta discutir conversando a respeito, sugere que se aproxime da família, que se faça uma visita pra ver como que a pessoa está, vai dando uma orientação até conseguir alguma coisa. Às vezes entra em contato com outros lugares que também atendem e outros recursos de atenção, compondo uma rede de atenção, e assim acaba dando uma assistência. A gente vai aprendendo a fazer fazendo, pois como eu já disse, tem pessoas dispostas a fazer isso funcionar, pessoas que valorizam esse trabalho, que acham que é importante.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Catarina reconhece que na equipe há compreensão e solicitação da participação dos estagiários na discussão de casos. Isto a faz sentir-se valorizada e acolhida pela equipe, uma experiência fundamental para o processo de estágio. No início, os estagiários tiveram que organizar a demanda reprimida dos casos da saúde mental, regulando a entrada de novos casos para atendimento. Esta organização se deu a partir da discussão na reunião de equipe, visando esclarecer o objetivo de uma psicoterapia, em razão dos inúmeros encaminhamentos desnecessários para atendimento psicológico. Para Catarina os funcionários tinham dificuldade em ouvir e acolher qualquer pessoa que expressasse tristeza ou alguma dificuldade afetiva, encaminhando-as para consulta psicológica. Atualmente percebe uma melhora significativa neste escuta inicial, uma mudança na abordagem e na compreensão destas queixas, porém reconhece que ainda há alguns funcionários com receio em acolher este tipo de demanda. A partir da identificação de assuntos freqüentes na reunião da equipe, surgiu a necessidade em discutir estes temas abordando todos os aspectos e a opinião de todas as profissões. A discussão de casos tornou-se uma espécie de aprendizagem realizada na própria reunião de equipe, como um disparador para busca de técnicas e estratégias para atenção ao usuário.

Interpretação

Reconhecimento da função dos estagiários de psicologia por parte da equipe, na organização da demanda reprimida de saúde mental, na regulação da entrada de casos novos e esclarecimentos do objetivo da psicoterapia. Uma experiência essencial ao longo do estágio, que a faz sentir-se valorizada. Julga a dificuldade dos funcionários em acolher e ouvir plenamente o usuário como um limite pessoal de alguns, que resulta no excesso de encaminhamentos desnecessários para consulta psicológica. Percepção de uma recente melhora na compreensão e abordagem destas situações, um aprendizado obtido nas discussões de assuntos pertinentes a todos.

e) Enfrentando limites e dificuldades no cotidiano da saúde pública

Por outro lado, também é difícil, pois nem todo mundo participa da equipe. Então, por exemplo, na minha equipe tem muito encaminhamento da psiquiatra, e como a psiquiatra não participa da reunião de equipe, acaba tendo muito encaminhamento sem detalhes de informação, apenas assim: “encaminho para psicoterapia”, e ponto. Não se sabe o motivo do encaminhamento, não se sabe de onde vem o caso, o que acontece. Então é difícil Ter uma certa proximidade com algumas pessoas, alguns profissionais, e isto eu acho que é uma dificuldade que não é só minha, mas de uma organização mais geral, e fica faltando melhorar esta organização pra funcionar conforme era pra funcionar. É uma dificuldade de integração e comunicação entre todas as equipes.

Catarina comenta a respeito do horário de reunião de equipe.

...Valeu a pena, porém, há um problema pois nem todo mundo freqüenta a reunião de equipe, devido ao problema do período, do horário, porque a reunião é feita na Segunda de manhã, e tem gente que não trabalha no horário da manhã no Centro de Saúde, e pra resolver isso eles mudaram a reunião de quinze em quinze dias, uma semana de manhã, e uma semana à tarde, e como teve muito feriado de segunda feira, ficou um bom tempo sem ter reunião. Como agora nós estamos participando apenas a cada quinze dias, eu não sei se as pessoas que não freqüentavam estão freqüentando agora. Seria pra todo mundo estar freqüentando agora, porque mudou o horário pra isso.

...

Segundo Catarina, há alguns funcionários que discordam totalmente da prática do trabalho em equipe.

O modelo de saúde que está implantado é muito bom, favorece a troca... Só que tem gente que não quer tal proposta, entendeu? Porque a reunião, você já reserva um horário só para discutir em equipe, porém tem gente que não quer saber, não quer trocar experiência, que não quer nem te explicar porque encaminhou o paciente, ou seja, tem profissional que pensa que cada um deve fazer seu papel; por exemplo eu sou

enfermeira e tenho que ficar fazendo isso, ou se é psicóloga e tem que atender e cada um fica na sua área e função. Eu penso que isso vai da visão de cada um, acho que isso é um aspecto individual, uma pessoa dessa não participa do movimento do coletivo.

Em relação à demanda para psicologia Catarina relata:

É eu acho que nem tanto em números, na quantidade de pacientes, mas eu percebia que o médico chegava apresentando um determinado caso, e dizia que o paciente estava precisando de atendimento. E eu não podia fazer nada apenas dizia que estava com vários pacientes, e que não tinha mais horário pra atender. Acho que eles ficam meio frustrados, mas não tinha o que fazer, daí a gente discutia outras formas de conduzir que não fosse uma terapia pra agora, pois não tem como. As vezes eu sinto vontade de atender mais, ou mesmo ver que alguém tá precisando mesmo de atendimento e não posso fazer nada, que não adianta encaminhar pra PUC, que também vai voltar pra cá e vai ficar na fila. Sinto que queria atender mais e não tem como. ...Mas no geral foi válida esta experiência, acrescentou bastante na minha formação, a única coisa que eu acho que ficou um pouco pendente, foi da nossa dificuldade em organizar um grupo de psicoterapia. Esta organização inicial da demanda para o grupo é algo que não é fácil. Não é simplesmente chegar e chamar oito pessoas e por na sala. Além da organização dos usuários, também a organização do horário da dupla de estagiário, que no meu caso foi também difícil. Então acabei atendendo outros casos individuais, mas era algo que eu queria passar pela experiência.... Acabei ficando meio sozinha, pois tanto nisto do grupo, como na reunião da equipe minha dupla não foi muito presente. E quando apareciam os casos e só estava eu pra resolver, e entendo que se tivesse as duas não ficaria tudo mais sobre minha responsabilidade, e achava isto ruim. Nunca me fez falta, mas poderia ter sido uma experiência em dupla... Tanto que os meus casos eu acabava contando e dividindo com outro estagiário, todo final de estágio eu ligava pra este outro estagiário para contar um pouco do que tinha acontecido. Daí a importância de se ter uma dupla no local de estágio, para ocorrer esta troca. Acabou acontecendo que também fiz meu trabalho conclusivo de estágio com este outro estagiário. ...mas como eu acabei não tendo essa troca com a minha dupla, eu fiz com este outro estagiário, e se eu não tivesse com ninguém eu ia sentir muita falta. Acho que quando a gente sai da sessão, aparecem algumas dúvidas, as vezes você não sabe se fez certo em falar algo, aquelas dúvidas que a gente tem. E também pelo fato de ter sido a primeira vez que eu atendo vários pacientes, um atrás do outro, é uma experiência nova e que querendo ou não desgasta muito.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Percebe que há uma série de dificuldades no cotidiano do Centro de Saúde que impede o bom andamento deste modelo de saúde: a pouca comunicação e integração entre todas as equipe a respeito das decisões de cada equipe em relação aos encaminhamentos e acolhimento dos casos; o horário de reunião comum a todos os funcionários; os funcionários que não concordam com a proposta do trabalho em equipe. Catarina avalia este modelo de forma positiva, apesar de reconhecer que não possui disponibilidade de tempo para atender mais pacientes, sente-se frustrada diante deste impasse. O fato de não ter realizado um grupo de psicoterapia, nem de ter realizado o estágio em dupla, a fez sentir-se desiludida. Para ela a interação e a troca com outro estagiário é algo indispensável para a aprendizagem, para divisão das tarefas e responsabilidades, e para compartilhar angustias e dúvidas.

Interpretação

Percepção de várias dificuldades no cotidiano do Centro de Saúde como obstáculos que impedem a implantação deste modelo de saúde: a pouca comunicação e integração entre todas as equipe em relação às decisões de cada equipe para os encaminhamentos e acolhimento do casos; a incompatibilidade no horário dos funcionários para agendar a reunião de equipe; a discordância de alguns funcionários em relação ao trabalho em equipe. Avalia positivamente este modelo de saúde. Frustração e crítica em relação ao pouco de tempo de estágio diante das necessidades da demanda. Reconhece a importância do estágio ser realizado em dupla como algo indispensável para o aprendizado.

f) Avaliando a experiência do estágio de psicologia na Atenção Básica

Eu gostei bastante deste estágio, tanto que vou prestar aprimoramento nesta área, e pretendo continuar atuando nesta área. Acho que a experiência é muito rica nesse campo, devido a diversidade de casos, com pacientes com tudo quanto é tipo de

problema. ...Na verdade eu acabo atendendo poucos casos, né? Eu atendo alguns pacientes, e se for ver pro horário que eu faço lá até que não é pouco, mas em comparação com a realidade dos outros profissionais do Centro de Saúde, como por exemplo o médico que atende trinta pacientes por período, eu acho que a equipe não compreende muito bem o motivo da gente não atender mais do que isto. Na verdade é porque dos que eu atendo nenhum é da minha equipe, então às vezes eu sinto, que a equipe não entende o porque eu não atendo casos desta equipe e fico atendendo os casos das outras equipes. Eles nunca me falaram sobre isto, mas eu senti meio no ar. Eu me lembro que na época quando eu comecei atender os meus casos, eu expliquei que eram casos que a gente via que tinha muita necessidade, que tinha sido encaminhado do conselho tutelar, e que precisava de atendimento, eu expliquei, acabei até me justificando pois na época eu também achava que deveria estar atendendo casos da equipe que eu estava participando, eu acabei me sentindo mal. ...Foi muito enriquecedor este estágio, a aprendizagem que eu tive foi bem o que eu esperava mesmo, eu vim com muita expectativa nesse estágio, e quando eu comecei a participar eu falei: “nossa aqui eu vou aprender bastante”. Tanto que de todos os estágios, este foi o que eu mais me empolguei pra fazer, e eu não perdi esta empolgação em nenhum momento, foi durante o ano todo deste jeito. Acho que gostei devido a vários motivos. A relação com a supervisora, achei ela é ótima em tudo, cada vez aprendia admirar mais ainda.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Catarina trata-se de uma experiência que despertou ainda mais o interesse pela saúde pública, pretendendo continuar estudando nesta área. Em comparação com a quantidade de atendimentos de outros profissionais, acredita que atende pouco. No início sentiu um certo desconforto por atender apenas pacientes de outras equipes, mesmo sabendo que se tratava de pessoas com maior necessidade de atendimento. No geral este estágio atingiu todas as suas expectativas, julga ter sido a melhor experiência de todos os estágios e a que fez sentir-se mais motivada durante todo o ano de estágio.

Interpretação

Interesse em continuar se aperfeiçoando na área de saúde pública. Critica os poucos atendimentos realizado em comparação com outros profissionais. Sentimento de desconforto em razão de atender apenas pacientes das outras equipes devido a situação e a gravidade dos casos. Enorme satisfação e motivação em participar deste estágio, e avalia como a melhor experiência de estágio.

Síntese Integrativa Final de Catarina (4º passo)

Catarina reconhece a composição da equipe de saúde da família como um espaço de constante permuta de experiências entre as diversas profissões, uma vivência da integração de diferentes profissões. Uma aprendizagem indispensável para a compreensão do indivíduo em sua totalidade, e uma oportunidade de aprender sobre temas que não foram ensinados na Universidade. Dentre as várias profissões que compõem a equipe há valorização do Terapeuta Ocupacional na equipe e entre os estagiários. Critica os funcionários que não apresentam nenhuma proximidade dos estagiários. Percebe a interação e a troca de informações entre todos os profissionais como atitudes indispensáveis para o trabalho em equipe, e que reflete a implantação das diretrizes do modelo de saúde e a aceitação individual de cada membro deste modelo de saúde.

Inicialmente, Catarina sentiu-se insegura (“assustada”) frente a alta demanda de pacientes. Aos poucos foi reconhecendo uma modificação nos conceitos e paradigmas, percebe uma certa surpresa diante de um campo de estágio totalmente desconhecido. À partir da inserção como estagiária de psicologia reconheceu alguns dos seus pré-conceitos, e a imagem distorcida que possuía a respeito da atenção básica. Atualmente sente-se segura diante do conhecimento e do aprendizado obtido nas supervisões e no próprio estágio como experiências que não são divulgadas na mídia.

Quanto a transformação da prática clínica a partir da reorganização do Centro de Saúde em Equipes de Saúde da Família, ela avalia positivamente a proposta deste modelo de atenção à saúde. Reconhece esta mudança para uma atenção clínica mais resolutiva, interdisciplinar, e organizada através das reuniões

de equipe para a responsabilização dos usuários. Também percebe a visita domiciliar, como uma das estratégias desta transformação mais importante para o trabalho em equipe e indispensável para a formação do profissional de psicologia. Para Catarina, a vivência no cotidiano da própria comunidade e nas residências das famílias, ultrapassa o relato verbal a respeito das famílias durante a discussão de casos nas reuniões da equipe.

Há reconhecimento da função dos estagiários de psicologia por parte da equipe, na organização da demanda de saúde mental reprimida, na regulação da entrada de casos novos e nos esclarecimentos do objetivo do atendimento psicológico. Sente-se valorizada diante da convivência entre estagiários e membros da equipe de saúde da família, uma experiência essencial ao longo do estágio. Julga a dificuldade em acolher e ouvir plenamente o usuário como um limite pessoal de alguns funcionários, causando um excesso de encaminhamentos desnecessários para consulta psicológica. Depois desta reorganização, ela percebe uma escuta mais continente e uma melhora na compreensão do usuário como um todo, uma aprendizagem adquirida no próprio cotidiano de trabalho acerca de temas pertinentes a todos.

Também percebe várias dificuldades no cotidiano do Centro de Saúde como obstáculos que impedem a implantação deste modelo de saúde: a pouca comunicação e integração entre todas as equipes em relação às decisões de cada equipe; a incompatibilidade no horário dos funcionários para agendar a reunião de equipe; e a discordância de alguns funcionários em relação à proposta do trabalho em equipe, como alguns dos limites a serem enfrentados. Ela avalia positivamente este modelo de saúde, e demonstra uma certa crítica e frustração em relação ao pouco de tempo de estágio frente às necessidades da demanda. Em relação à organização do estágio ela reconhece a importância da atuação em dupla de estagiários como algo indispensável para a aprendizagem, para divisão das tarefas, responsabilidades, e para compartilhar angústias e dúvidas.

Demonstra interesse em continuar se aperfeiçoando na área de saúde pública, e critica os poucos atendimentos realizados durante o estágio em comparação com outros profissionais da equipe. Também sente-se incomodada em razão dos atendimentos pessoais privilegiarem os pacientes das outras equipes devido à gravidade dos casos. No geral, Catarina sente-se satisfeita e

motivada em participar deste estágio de psicologia na atenção básica, e avalia com entusiasmo como sendo a melhor experiência de estágio em comparação com os outros estágios.

1.6 Análise do depoimento da Maria

Agrupamentos de trechos do depoimento por categorias de sentido, seguidos da descrição compreensiva e da leitura psicológica: (1º, 2º e 3º passos)

a) Inserindo o estagiário de psicologia na Equipe de Saúde da Família como campo de atividade na atenção básica.

Na minha experiência ao longo do ano foi algo bastante difícil apesar do aprendizado. Primeiro que não foi a minha primeira opção de campo de estágio, foi minha segunda opção, a primeira foi hospitalar, ou seja não era bem este estágio que eu queria. ...Com relação aos atendimentos clínicos no começo foi meio frustrante, porque as pessoas procuram mas depois não dão adesão, não aderem ao tratamento. E por eu não ter nenhuma experiência, e como foi minha primeira experiência em psicologia clínica, você se acha até meio incapaz, eu me perguntava: “nossa, será que estou fazendo direito, será que minhas intervenções estão certas”. Mas eu acho que isto é algo que acontece com todos os estagiários... E em relação a adesão dos pacientes não acontece apenas com os estagiários, é algo que acontece com os próprios funcionários.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Maria obteve uma certa aprendizagem, apesar de uma inserção bastante complicada, pois tinha interesse em fazer estágio em psicologia hospitalar. Sente-se frustrada em relação aos atendimentos clínicos, em razão da dificuldade de adesão dos pacientes. As faltas dos pacientes a fazem sentir-se incapaz para o trabalho clínico, surgem dúvidas e inquietações comum a qualquer estagiário. Em relação à não adesão dos pacientes às consultas, sente-se aliviada por perceber que se trata de algo comum a todos os funcionários e

especialidades.

Interpretação

Reconhece a aprendizagem adquirida no estágio, apesar do desinteresse em participar do estágio em Centro de Saúde. Apresenta frustração em relação aos atendimentos clínicos pelas faltas dos pacientes. Sente-se inexperiente e incapaz para o trabalho clínico, com as inquietações comuns a todo estagiário. Sente alívio pela percepção das faltas dos pacientes com todos os funcionários do serviço.

b) O estágio proporcionando vivências de enfrentamento de dificuldades, de desenvolvimento e de crescimento, possibilitando transformações pessoais.

...apesar de eu não me sentir bem durante as reuniões, durante o ano inteiro. Não foi só a primeira vez, que eu estava ainda meio insegura, até hoje é assim, eu não me sinto muito bem para expor a minha opinião, eu me sinto insegura. Não é algo em relação aos profissionais da minha equipe, deles não darem abertura, porque acho que eles dão. Porque tem equipe que a gente ouve que não dão nenhuma abertura para os estagiários, mas é uma coisa minha, que eu me sinto insegura pra participar, mas foi bom eu ter participado, porque eu tive que falar algumas vezes, então foi bom para mim, apesar de não me sentir a vontade ainda. Esta dificuldade tem haver com o fato de ter que expor minha opinião nos casos, diz respeito a própria participação da psicologia na discussão de casos. Não me sinto a vontade de falar no meio de outras pessoas. Eu percebo que alguns profissionais acabam falando muito mais, os médicos por exemplo, eu acho que na equipe eles acabam falando bem mais... ...Eu não me senti bem até hoje, porque eu percebo que a reunião é um espaço que alguns participam muito mais, principalmente os médicos. Eu acho que é muita insegurança, que eu tenho muita dificuldade, eu já sei das minhas dificuldades de falar, de me expor para as outras pessoas num espaço coletivo.

Maria relata sua experiência em relação aos atendimentos clínicos:

Já em relação aos meus atendimentos eu atendi crianças, e estou achando assim mais satisfatório do que atender adulto, mas mais difícil. Sempre achei que atender adulto seria mais complicado, mas acabei aprendendo que atender criança é mais complicado, pra ela compreender o porque ela está sendo atendida. É que para as crianças parece que é mais um momento de brincar, elas só querem brincar, então a gente tem que ficar muito atenta as manifestações dela durante a sessão, naquele momento, e isso me causa uma ansiedade, por isso durante a supervisão até pegaram no meu pé para eu não perguntar muito, eu começo a perguntar, a perguntar, a perguntar coisas relacionadas a queixa, e entrava em desespero, porque eu acho que tenho que descobrir qual a razão daquilo que acontece com ela. Por exemplo o menino que estou atendendo, tem dia que ele entra e fica cantando, daí eu peço pra ele desenhar e parece que eu nem estou ali, e ao mesmo ele também não está entendendo o sentido de estar ali. Eu acho que pra criança é mais difícil dela realmente entender o porque, ela se depara com a caixa lúdica, e acha que só quer brincar mesmo, daí minha ansiedade vai às alturas. ...No começo desta experiência tudo é meio estranho, dá medo, mas depois a gente vai sabendo a lidar, vai se familiarizando com as dificuldades, até da organização do serviço, da própria sala e você vai acaba aprendendo a lidar com tudo isto, acho que fiquei mais independente em relação a ter que me virar.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Durante todo o percurso do estágio Maria sentiu-se incomodada e reconhece-se como uma pessoa insegura em participar e opinar nas reuniões da equipe. Ela, apesar das dificuldades pessoais, avalia sua participação nas reuniões como positivas. Atualmente reconhece uma maior consciência de suas dificuldades pessoais em participar, falar e apresentar-se em algum espaço coletivo. Sente-se ansiosa, aflita e surpresa em relação ao atendimento clínico de crianças. Sente-se mais independente e pró-ativa em virtude da aprendizagem processual obtida no convívio desta realidade de saúde pública.

Interpretação

Aparenta insegurança e sentimento de incômodo frente à participação nas reuniões de equipe. Avalia positivamente a oportunidade para o enfrentamento de tais dificuldades. Ansiedade, aflição e sentimento de surpresa em relação ao

atendimento clínico de crianças. Maior independência devido ao aprendizado processual obtido no convívio com da realidade de saúde pública.

c) Compondo a Equipe de Saúde da Família como vivência da integração de diferentes profissões.

Tem uma terapeuta ocupacional, ela era a minha referência, porque ela aborda as questões de uma maneira bem legal, então eu sou meia ouvinte, ficava observando, mas não era a mesma coisa, o parecer dela era na área dela, é um outro ponto de vista. Acho que terapeuta ocupacional entende um pouco de tudo, nossa é ela que comanda as reuniões; os médicos também falam bastante, mas ela é que se propõe mais a resolver: “Ah gente vamos ver o que podemos fazer nesta situação”. Os médicos as vezes fogem um pouco, ficam discutindo outras coisas, mas acho que é um trabalho que dá para trabalhar bem em conjunto com a psicologia, porque eu acho que a T.O é um trabalho mais com o cotidiano das pessoas. E trabalhando em conjunto com a psicologia acho que pode abordar o psicológico no próprio cotidiano das pessoas que são acompanhadas. Um trabalho voltado para a vida das pessoas, a TO na sua parte mais objetiva, e o lado mais subjetivo da pessoa que a psicologia trataria. Em alguns casos como por exemplo para uma criança, é fundamental ser atendida por uma T.O com a psicologia junta. Uma ligação muito forte. É um campo que a gente vai descobrindo o que as outras profissões fazem, e em qual momento cada um em particular pode contribuir com o trabalho do outro, uma espécie de complementação.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Maria reconhece a presença da Terapeuta Ocupacional na equipe, como uma referência para os estagiários na condução da reunião e nos encaminhamentos dos casos. Mas também avalia a necessidade da presença de um psicólogo na equipe para aprendizagem do estagiário. Trata-se de uma aprendizagem acerca do trabalho das outras profissões e em relação a contribuição de cada profissão para o trabalho do outro.

Interpretação

Reconhece a presença da Terapeuta Ocupacional na equipe como uma referência para os estagiários. Percebe a necessidade da presença de um psicólogo na equipe para o aprendizado do estagiário. Um aprendizado acerca da contribuição de cada profissão para a interdisciplinaridade em saúde pública.

d) Compreendendo a Saúde Pública a partir da vivência do trabalho em equipe.

Mas quando eu me dei conta que iria pra este estágio, eu até achei que o Centro de Saúde fosse um lugar, um ambiente igual à de um hospital, meio parecido. Eu achei que a gente ia cuidar mais de pessoas com doenças físicas, e na verdade não é, eu vi que não era, que é um trabalho bem clínico mesmo. ... Quando eu comecei a me deparar com a demanda atendida nesta realidade, e também pude conhecer este programa de formação das equipes, eu fiquei me perguntando: será que é um programa de assistencialismo? Porque às vezes eu acho que não é, e outras vezes eu também acho que tem que ter um pouco mais de assistência para resolver certos problemas. Eu percebo que a equipe e até os próprios agentes de saúde, que eles discutem e se comprometem de ir até a casa das pessoas pra tentar resolver o caso, de fazer uma visita, tentam de tudo. Mas mesmo assim, às vezes eu fico com certa pena e achando que aquele determinado paciente precisava de maior assistência. E por um lado, eu penso que é errado também, porque a pessoa tem que ter sua autonomia, não pode também depender que uma outra pessoa vá até a casa dela e faça por exemplo o curativo todo dia, sendo que ela pode ter essa autonomia para fazer isso, mas às vezes eu fico com pena e acho que a equipe deveria resolver tudo isto. Na verdade às vezes dava quase vontade de ir lá na casa da pessoa e resolver algumas situações que vão além da saúde. E também fico com vontade de falar que seria bom fazer algo a mais para aquela pessoa... ...Porque assim, eu pensava mais em trabalho de prevenção, porque é isso que eu acho tem que ser feito, até os agentes de saúde fazem essa parte, mas de prevenir em relação a doença já instalada, ou até para não vir a instalar a doença ainda tem mais coisas a serem feitas. ...Contato direto assim eu nunca tive mesmo, só conhecia de ouvir falar, aqui mesmo na PUC através das aulas, de saber que a prestação de serviço da PUC também se dá pelo SUS. Mas a imagem que eu tinha era das pessoas que sofrem e penam para conseguir atendimento. Depois de ter passado por

este estágio eu pude conhecer uma outra proposta, conhecer o modelo na teoria que é o projeto Paidéia. É um programa que se realmente funcionasse da maneira que é para funcionar seria perfeito, mas na prática há algumas dificuldades que limitam sua execução. A demanda das pessoas para serem acompanhadas é muito alta, são os vários problemas sociais, econômicos, e tudo isto traz conseqüências para prática.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Maria, a experiência neste estágio auxiliou a desmistificar a função do Centro de Saúde como um local de atenção à doença, para um espaço de prevenção à saúde. A partir do contato com a população atendida, e com o modelo de saúde vigente, Maria questiona-se quanto aos limites de atenção da equipe. Ela percebe que apesar da responsabilização da equipe no acompanhamento dos casos, ainda sente que algumas situações necessitam de maior assistência, isto a faz sentir-se confusa entre a prática do assistencialismo ou a autonomia aos usuários. Reconhece a alta demanda de pacientes, e a questão social e econômica população, como um entrave para implantação efetiva deste modelo.

Interpretação

Desmistificação do Centro de Saúde como um local exclusivo de atenção a doenças físicas. Preocupação com a limitação da assistência à saúde, em razão do convívio com alguns casos de grande complexidade e do contato com o modelo de saúde. Confusão frente a ambigüidade entre uma atenção à saúde assistencialista ou uma atenção para a autonomia dos usuários. Reconhecimento da alta demanda de pacientes, da questão social e econômica da população, como impasses para efetiva implantação do modelo de saúde.

e) Enfrentando limites e dificuldades no cotidiano da saúde pública

E também eu acho que os casos levados para a reunião, são os casos mais difíceis de se resolver geralmente, que a maioria das vezes são casos bem críticos e que

assim, a gente fica impossibilitado, até porque, não tem como fazer algo como estagiário. Às vezes é um caso que até os médicos, que os próprios agentes de saúde sentem que há uma certa dificuldade de todos os profissionais em resolver. Pelo menos, sempre que são colocados em pauta estes casos, todo mundo sai meio frustrado, que são casos que não tem como resolver, no entanto há uma tentativa de se resolver. Então, além da minha dificuldade em me expor, eu também me sinto impotente frente alguns casos complicados, e chego a não ver nenhuma saída. ...Por exemplo, tem um caso de um senhor com câncer que possui uma ferida aberta, e também sua mulher sofreu um acidente e ficou com problema na perna e não anda, e pra ajudar ainda mais, a filha tem retardo mental. Segundo a equipe, esta filha teve o quadro clínico agravado pois quando ela era menor ela sofria espancamento da mãe, uma família totalmente desestruturada. E o que a equipe trazia na reunião, é que esta mãe vive reclamando, e mesmo eles indo à casa da mulher fazer curativo no marido três vezes por semana, que ela nunca ficava contente e sempre mandava a filha que é doente mental, reclamar no Centro de Saúde pra gente ir fazer visita. Ela também liga no Distrito de Saúde dizendo que ninguém faz visita domiciliar pro marido dela. Sem contar que quando uma enfermeira foi até a casa fazer um curativo, ela presenciou o paciente limpando a ferida com um pedaço de arame, que ele fica limpando e fica cutucando a ferida que está formando. Eu penso que para esta família alguém teria que estar indo duas vezes por dia, mas eu também entendo que não são só eles que precisam. Isto tudo que acho bastante frustrante nesse trabalho. As vezes fico me perguntando até onde vai essa tipo de assistência. Eu sei do trabalho de todos, que o os agentes vão até a casa desse senhor, mas que também eles tem que ir em outras residências. E este limite eu acho que fica meio frustrante e parece que as vezes não vai resolver, eles vão lá fazem o curativo mas não vão resolver nada, vai continuar meio limitado. ...Neste momento o que acontece é que os médicos dão o parecer deles em relação a doença, mas pouco se faz para prevenção. Sem contar quando tem médico que vive falando que quando chega uma pessoa lá com falta de higiene tremenda, cheirando mal, que ele não atende, e diz que não atende e que se recusa a atender alguém nessas condições. Então eu não sei até que ponto, se dá para fazer prevenção, isso até parece que é um tipo de preconceito. Porque e se a pessoa não tem água... Eu acho que eu gostaria mais de fazer este trabalho de prevenção, que pudesse abordar de tudo mesmo, até sobre a higiene. Então como lidar com tudo isto, a gente ouvia, concordava que as vezes até os próprios agentes reclamavam que as vezes iam fazer algumas visitas e que nossa não havia condições de ficar dentro da casa. Eu acho que é difícil esta realidade, mas eu acho que faz parte, então fica aquela questão: ou a gente fala para eles: "olha, quando não tiver condições de fazer visita a gente não faz mais, a gente não volta", mas acho difícil também resolver isso, mas também tem um

lado muito mais sério na relação de desrespeito a vida das pessoas, onde alguns profissionais têm concepções bastante divergentes, no olhar para a população ou para realidade destas pessoas. E que muito dos casos que são trazidos pra reunião da equipe, que as vezes precisaria de outro recurso, que primeiro seria importante receber ajuda de uma assistência social, nestes casos de difícil e de grande complexidade. Como neste caso que eu citei, que uma assistente social preencheria essa lacuna, que seria de ir atrás de alguma instituição, ou uma escola para colocar a filha que é doente mental, pois ela está sem tratamento nenhum.

Redizendo o depoimento (3º passo)

Para Maria, as maiores dificuldades durante a reunião de equipe são os casos de maior complexidade, e isto a faz sentir-se frustrada e impotente ao final de cada reunião. Percebe que em algumas situações a equipe esgota todas as possibilidades de atenção e cuidado. Frente a esta situação Maria preocupa-se com o alcance do cuidado à saúde. Sente-se insatisfeita em perceber que o trabalho fica centrado mais no diagnóstico e pouco se faz de prevenção. Julga de modo negativo e preconceituoso, alguns profissionais que negam atendimento e desrespeitam os pacientes com pouca higiene. Reconhece a necessidade da presença de outros profissionais na equipe, destacando a importância da ajuda de uma assistente social nos casos de grande complexidade.

Interpretação

Frustração e impotência diante dos casos de maior complexidade. Preocupação com o real alcance da assistência oferecida para estes casos. Insatisfação frente ao trabalho centrado no diagnóstico ao invés da prevenção. Avalia negativamente os profissionais que negam atendimento e desrespeitam os pacientes que se apresentam com pouca higiene. Necessidade da presença de outras profissões na equipe, destacando a presença de uma assistente social na equipe como essencial no cuidado de casos complexos.

f) Avaliando a experiência do estágio de psicologia na Atenção Básica

E o diferencial desta experiência, o que eu achei melhor para minha formação, é a questão da equipe. Esta oportunidade de estar em contato com outros profissionais foi muito enriquecedor... ...Eu também pude descobrir através deste estágio que eu não gostaria de trabalhar em um serviço de saúde pública, porque eu acho que não agüento. Eu descobri que o enfrentamento desta realidade é algo de difícil resolução. Até porque em percebi que não pretendo trabalhar em clínica, nem em Centro de Saúde. Foi um estágio que de uma certa maneira serviu para definir, do que eu quero e não quero para minha prática profissional de psicóloga. Serviu para definir, não que esta opção de Centro de Saúde esteja totalmente descartada, pois pode ser que um dia eu venha até fazer um curso e aprofundar mais nesta área, mas por enquanto eu estou com essa convicção de que não pretendo trabalhar nessa realidade de saúde pública, com essa população. E acabou encalhando que este ano eu também estou fazendo estágio em educação especial e estou adorando, e até já estou pensando em ir pra essa área, de trabalhar mais em instituição ou em escolas. ...Foi uma experiência muito diferente de quando eu fiz atendimento em psicodiagnóstico na clínica da PUC, porque na PUC eu atendi a mãe de uma criança, então foi mais para coletar dados da criança, foram mais entrevistas, e foram quatro encontros. Já no Centro de Saúde eu me sinto mais profissional, como uma profissional mesmo... Na clínica da PUC eu me sentia como uma estudante que está aprendendo. Agora no Centro de Saúde eu tenho aquela coisa: “nossa eu não posso errar”. Há aquela preocupação, mesmo tendo a supervisão e tudo, mas eu me sinto mais cobrada como profissional. ...Muito mais autonomia, com certeza. Até de entrar em contato com o paciente, porque você fica insegura até de ligar para o paciente, de marcar o atendimento, porque lá na PUC geralmente tem a secretária que faz quase tudo pra gente, a gente também entra em contato, mas agora no Centro de Saúde você acaba sendo a profissional e se responsabilizando muito mais. Você tem que ter responsabilidade, e uma maior autonomia pois até o ambiente é diferente da clínica da PUC, porque lá na clínica você está acostumado a sair do atendimento, e vai para a sala do estagiário com todo mundo, e aí você conversa com os outros estagiários, se descontraí, você se sente mais em casa. Também faz cinco anos que você vem para a faculdade, então você já se sente em casa. Já no Centro de Saúde é num ambiente diferente, uma experiência nova. Você está com profissionais mesmo, então até o medo de errar é maior. Também tem a responsabilidade da participação na reunião da equipe de saúde da família, e que no caso do estágio acho que fica faltando na equipe a presença de um psicólogo, pra gente estar ouvindo alguém que já tem experiência. No Centro de Saúde tem uma psicóloga, mas ela não participa da reunião da nossa equipe, ela fica em outra equipe. Se tivesse um psicóloga na nossa equipe daria pra nós

estagiários estarmos vendo como ela se coloca, tendo uma referencia, para estar podendo observar.

Redizendo o depoimento (3º passo)

A participação e o convívio em uma equipe de saúde da família foi essencial para a aprendizagem. Após esta aprendizagem reconhece não ter interesse nem perfil para o trabalho em centro de saúde. Em comparação com o estágio na clínica de psicologia, Maria reconhece que no Centro de Saúde o estágio de dá num ambiente exclusivamente profissional, de total autonomia, com responsabilidades idênticas a dos membros da equipe, sente-se como uma psicóloga. Para Maria, para uma melhor aprendizagem, a equipe deveria ter a presença de uma psicóloga como uma referência e modelo de alguém com mais experiência.

Interpretação

Um aprendizado a partir da participação e do convívio na equipe de saúde de família. Descoberta do desinteresse profissional para o trabalho de psicóloga em Centro de Saúde. Reconhece este estágio como uma experiência mais próxima da realidade profissional devido a autonomia e a responsabilidade ser idêntica a dos profissionais, isto a fez sentir-se como psicóloga. Critica a ausência de uma psicóloga na equipe.

Síntese Integrativa Final de Maria (4º passo)

Maria reconhece sua inserção na equipe de saúde da família como sua maior aprendizagem em psicologia, apesar do seu desinteresse inicial em participar do estágio em Centro de Saúde. Sente-se frustrada em relação aos atendimentos clínicos em razão das faltas dos pacientes. Esta não-adesão dos pacientes a fez sentir-se inexperiente e incapaz para o trabalho clínico, porém, avalia que são inquietações comuns a todo estagiário. Demonstra alívio em perceber que as faltas dos pacientes, nas consultas, diz respeito a algo comum a todos os funcionários do Centro de Saúde.

Para Maria, o estágio proporcionou vivências para reconhecer suas

dificuldades pessoais, sente-se insegura e incomodada diante de sua participação nas reuniões de equipe. Avalia positivamente a oportunidade para o enfrentamento de tais dificuldades. Também sente-se ansiosa e aflita em relação ao atendimento clínico de crianças, uma descoberta vivenciada com uma surpresa em relação a atendimentos anteriores. Após este estágio sente-se mais independente devido a aprendizagem processual adquirida no convívio cotidiano da atenção básica.

Ela reconhece a presença da Terapeuta Ocupacional na equipe como uma referência para os estagiários. Também avalia a importância da presença de um psicólogo na equipe para aprendizagem e modelo para o estagiário. Esta composição da equipe de saúde da família através da integração de diferentes áreas, diz respeito a uma aprendizagem interdisciplinar na diversidade das profissões.

Maria compreende a saúde pública a partir da vivência do trabalho em equipe como uma oportunidade de desmistificar o Centro de Saúde como um local exclusivo de atenção a doenças físicas. Também se preocupa com a limitação do trabalho em saúde pública, em razão dos casos de grande complexidade e do contato com o modelo de saúde. Percebe uma certa ambigüidade pessoal frente a uma atenção mais assistencialista ou uma atenção voltada para a autonomia dos usuários. Reconhece que a alta demanda de pacientes, somada à questão social e econômica da população, são impasses para efetiva implantação do modelo de saúde.

Em relação aos limites e dificuldades no cotidiano do estágio em saúde pública, Maria sente-se frustrada e impotente diante dos casos de maior complexidade. Preocupa-se com o real alcance da assistência oferecida para estes casos. E sente-se insatisfeita frente ao trabalho centrado exclusivamente no diagnóstico ao invés da prevenção. Ela avalia negativamente os profissionais que negam atendimento e desrespeitam os pacientes que se apresentam com pouca higiene. E aponta a necessidade da presença de outras profissões na equipe, indicando a presença de uma assistente social como uma profissional essencial para o cuidado de casos complexos.

Maria reconhece a aprendizagem adquirida a partir da participação e do convívio na equipe de saúde de família. Através do estágio de psicologia na

atenção básica descobriu seu desinteresse profissional em trabalhar como psicóloga em saúde pública. Reconhece este estágio como uma experiência mais próxima da realidade do profissional de psicologia, devido à autonomia e à responsabilidade dos estagiários serem idênticas à dos profissionais da equipe, isto a fez sentir-se como psicóloga. Critica a ausência de uma psicóloga na equipe como referência e modelo a ser observado.

2. Compondo a Estrutura Geral

A partir das Sínteses Integrativas de cada estagiário buscou-se identificar e comparar os elementos vivenciais comuns e divergentes em todos os depoimentos. Ao final deste processo, chegou-se a uma Estrutura Geral elaborada em relação à vivência do estagiário de psicologia clínica a respeito do estágio em Centro de Saúde na Atenção Básica.

Em termos gerais, a comparação entre todos os estagiários demonstra que a formação em um serviço de atenção básica destaca-se como uma experiência positiva e satisfatória, e para Júlia e Catarina, trata-se da melhor experiência de estágio em comparação com as outras opções existentes. Elas reconhecem a

importância da interação, do convívio, da formação de vínculo, e da participação no cotidiano de uma equipe de saúde da família, como condições facilitadoras para a aprendizagem e o aperfeiçoamento profissional obtido ao longo do estágio. Um espaço de formação contextualizado no cotidiano dos profissionais de saúde e do psicólogo na atenção básica, vivenciado com autonomia, responsabilidades e tarefas idênticas às daquelas dos membros da equipe, levando-os a sentirem-se como integrantes da equipe de saúde da família.

A inserção no Centro de Saúde e na equipe de saúde da família, é vivenciada com surpresa, em razão do total desconhecimento em relação à atuação da psicologia na atenção básica de saúde. Eles criticam o fato de a Faculdade não privilegiar a interação da Psicologia com outras áreas da saúde ao longo da formação, e também em razão desta inserção ocorrer apenas no último ano da graduação. Para alguns, este distanciamento entre academia e saúde pública é vivenciado como uma inexperiência inicial para atuação neste contexto.

A interação em uma equipe de saúde da família a partir da diversidade das profissões envolvidas é vivenciada como uma aprendizagem a respeito da prática interdisciplinar, do funcionamento da área da saúde mental na atenção básica, da ampliação do campo da psicologia. Reconhecem a participação nas reuniões, a responsabilização pelas famílias, a troca de informações, e a visita domiciliar, como estratégias essenciais para o trabalho em equipe e para a organização da demanda e do fluxo de usuários da saúde mental. Júlia e Catarina, sentem-se valorizadas e reconhecidas como referências em saúde mental na equipe. Há valorização de algumas profissões da equipe. Ruth e Júlia, reconhecem o Agente Comunitário de Saúde como uma profissão de visão ampliada, como um representante da equipe na comunidade, e também como um profissional essencial para a formação do estagiário. Já Catarina e Maria, destacam a presença da Terapeuta Ocupacional na equipe como uma referência de atuação em saúde mental. Também há interesse e preocupação em conhecer o núcleo profissional de cada membro da equipe, bem como, o desejo de incluir outras especialidades na composição da equipe.

Em comparação à psicologia clínica tradicional, o modelo organizado a partir da formação das equipes de saúde da família é percebido como um processo de transformação que se distancia bastante da prática anterior,

privilegiada na academia. Reconhecem o impacto desta ampliação no sentido de uma clínica mais resolutiva, integrada, coletiva e interdisciplinar, em razão da implantação dos seguintes aspectos: reuniões semanais de equipe com a participação de todos os membros nas discussões; maior flexibilidade profissional; trabalho mais próximo da comunidade; da relação de vínculo para responsabilização compartilhada dos usuários; e autonomia para efetivação de práticas clínicas inovadoras e diferenciadas. Estas mudanças favorecem tanto o processo de autonomia no trabalho por parte dos funcionários, como a atenção à saúde da população. Melissa reconhece a contribuição dos estagiários frente a estas mudanças, e Catarina, além de todos estes aspectos, também reconhece a visita domiciliar como uma das estratégias fundamentais, tanto para a transformação da clínica como para a formação em psicologia.

Através da vivência do estágio em uma equipe de saúde da família há compreensão e modificação de conceitos e paradigmas em relação à saúde pública. Uma formação em serviço que parece superar o aprendizado acadêmico, promovendo aprendizagem coletiva e aquisição de conceitos em relação a todas as áreas profissionais da saúde, englobando aspectos cognitivos e afetivos. Para Joana, Melissa e Catarina este estágio possibilitou a mudança da imagem distorcida a respeito da saúde pública como um local exclusivo das doenças físicas, para uma imagem que valoriza o lado preservado das pessoas. Atualmente, Melissa sente-se preparada e preocupada em defender a saúde pública.

Existem algumas críticas e um certo descontentamento diante das dificuldades encontradas ao longo do estágio. Há um sentimento de impotência frente aos casos de muita complexidade, em particular os que dependem de uma assistência de caráter social. Ruth e Júlia sentem-se frustradas diante da dificuldade de adesão aos atendimentos clínicos, enquanto Júlia culpabiliza a população pela não-adesão, Ruth critica a falta de uma escuta acolhedora e continente no momento da entrada do usuário no serviço, como a razão do excesso de encaminhamentos desnecessários e, conseqüentemente do alto índice de faltas às consultas em todas as especialidades.

2.1 Principais significados da vivência

A partir das comparações descritas anteriormente, entre as sínteses dos seis estagiários, podemos formular categorias comuns a eles e, assim, estruturar os principais significados da vivência do estagiário de psicologia a respeito do estágio em Centro de Saúde na Atenção Básica:

1) A formação em um serviço de atenção básica é avaliada como uma experiência satisfatória e positiva em razão das seguintes condições facilitadoras da aprendizagem:

- Participação nas atividades de uma equipe de saúde da família;
- Interação com diferentes profissionais de diversas especialidades de saúde;
- Convívio no cotidiano do trabalho na atenção básica;
- Formação de vínculo como responsabilização pelos usuários.

Eles reconhecem que se trata de um estágio com autonomia, responsabilidades e tarefas idênticas a dos profissionais da equipe e do psicólogo do serviço.

2) Para eles este estágio foi vivenciado com surpresa em razão de ser a única oportunidade oferecida pela Faculdade de contato e formação em saúde pública.

3) A vivência da interação em uma equipe de saúde da família trouxe um aprendizado a respeito da prática clínica em equipe interdisciplinar, do funcionamento e atribuições da saúde mental na atenção básica, da ampliação do campo da psicologia em saúde pública.

4) A partir da organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família através das reuniões semanais; da atuação na comunidade; da relação de vínculo na responsabilidade compartilhada aos usuários; e na autonomia para criação de práticas terapêuticas inovadoras, há uma reformulação e ampliação da prática clínica, para uma clínica mais resolutiva, integrada, coletiva e

interdisciplinar.

5) A formação em serviço de atenção básica possibilitou a modificação de preconceitos e paradigmas depreciativos em relação a saúde pública para uma atitude de defesa e valorização do SUS.

6) Manifestaram-se críticas e descontentamento frente à impotência causada nas situações de precariedade social que extrapolam o contexto e a responsabilidade da equipe de saúde da família.

3. Diário de Versões de Sentido – o sentido do processo de estagiários

A seguir são apresentadas Tabelas contendo os Diários de Versões de Sentido de cada participante, com a respectiva divisão das Fases do processo do estagiário e a compreensão psicológica de cada VS. Ao final efetivou-se a composição da Estrutura Geral que corresponde ao sentido do processo para os estagiários em relação às atividades desenvolvidas como participantes de equipes de saúde da família em Centros de Saúde.

3.1 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Júlia:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|---|---|--|---|---|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobrimo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | IV- Reconhecendo-se como parte da equipe. |
| <p>1ª V.S. (01/09/04) <i>Em alguns momentos, diante dos casos discutidos, senti uma vontade grande de fazer algo para aquelas pessoas (pacientes), mas ao mesmo tempo tive um certo desânimo em relação as atitudes que poderia ter. Me senti um pouco incapaz, senti também a equipe incapaz de fazer algo em relação aos pacientes, devido ao fato das situações e da forma como os próprios pacientes lidam com seus problemas. Senti também uma certa dúvida do que poderia ter feito ou encaminhado para cada paciente</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fala de suas dificuldades pessoais e de sua inexperiência em participar de uma equipe de saúde da família; 2. Tais dificuldades também são encontradas na Equipe; | | | |
| <p>2ª V.S. (08/09/04) <i>Haviam poucas pessoas na reunião e não houveram casos para fazer a discussão em equipe. Foi discutido sobre os pacientes que “criam caso”. Percebi que a reunião tem diversas importâncias, não serve apenas para discutir os casos, mas também para compartilhar os assuntos do dia-dia referentes aos pacientes. Neste aspecto, os profissionais também podem contribuir com idéias para melhorar algum serviço. A equipe necessita deste espaço, principalmente para “desabafar”.</i></p> | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atribuindo a Reunião da Equipe como espaço para: 2. Discussão de casos; 3. Compartilhar a respeito do trabalho em equipe; 4. Aperfeiçoamento do processo de trabalho; 5. Alívio das tensões cotidianas. | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------|
| <p>3ª V.S. (15/09/04) <i>Senti um pouco de insegurança quando a equipe trouxe um caso. Realmente não sabia o que fazer... Se era caso para psicologia, ou não. Fiquei com receio de falar algo e errar, e ainda ser julgada pela equipe, principalmente pelos médicos presentes. Depois fiquei pensando que a função da equipe é realmente esta, ajudar a esclarecer algumas dúvidas.</i></p> | <p>3. Despreparo para o trabalho em equipe;</p> | <p>6. Equipe como espaço de avaliação e esclarecimentos profissionais;</p> | | |
| <p>4ª V.S. (22/09/04) <i>A reunião de hoje não teve seu objetivo central, mas mesmo assim foi interessante e alguma coisa pode ser aproveitada. Tivemos uma palestra sobre curativos com o pessoal da enfermagem. Mesmo assim, pude perceber que as diferentes atuações, muitas vezes e, cada vez mais contribuem com a nossa formação. Percebo que as áreas cada vez mais tendem a se aproximar, para tornarem-se multidisciplinar.</i></p> | | | <p>1. Aprendendo através da diversidade profissional;</p> | |
| <p>5ª V.S. (29/09/04) <i>Hoje realmente me senti útil à equipe, pois pude compartilhar o meu trabalho. A equipe contribuiu com o que necessitava e pude perceber mais uma vez a eficiência de uma equipe composta de médicos para dar suporte, uma vez que possuem conhecimento que são útil para nossa formação e atuação. Além dos médicos, os agentes e enfermeiros também contribuem bastante.</i></p> | | | | <p>1. Pertencendo a Equipe;</p> |
| <p>6ª V.S. (06/10/04) <i>Às vezes, em alguns momentos da reunião de equipe, enquanto os casos estavam sendo passados e encaminhados para psicologia, senti um desânimo em relação ao que eu poderia estar fazendo para aquele paciente. As questões sociais influenciam demais. Será que eu poderei ajudá-los?</i></p> | | | <p>2. Paralisando as possibilidades de intervenção, quanto aos cuidados e atenção à saúde, em detrimento da realidade social dos usuários;</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p>7ª V.S. (20/10/04) <i>Hoje a reunião de equipe foi muito produtiva, tiveram muitos casos interessantes, direcionados a psicologia. Pude comprovar a importância de um matriciamento de saúde mental em uma equipe. Fiquei muito entusiasmada com o fato de poder contribuir com alguns casos e poder discutir junto à equipe. Foi uma reunião muito agradável.</i></p> | | <p>7. Considerando a resolutividade e a contribuição do Apoio Matricial em Saúde Mental</p> | | |
| <p>8ª V.S. (29/10/04) <i>Hoje a reunião foi muito interessante. Pude aprender algumas coisas novas com a médica clínica. Fiquei muito entusiasmada, pelo fato de esta especialista querer compartilhar seu conhecimento comigo. Pude sentir que as pessoas já têm uma visão de minha atuação, me vêem como uma profissional mesmo! Isto é muito bom para o meu preparo e para minha formação profissional, pois traz uma segurança no que estou fazendo.</i></p> | | | <p>2. Aprendendo novos saberes a partir da troca com outros profissionais da saúde;</p> | <p>2. Sentindo-se como membro da equipe como fator de desenvolvimento profissional;</p> |
| <p>9ª V.S. (03/11/04) <i>Hoje a reunião teve bastante casos. Foi pedido apoio da psicologia e eu também pude consultar a equipe sobre um paciente. Acho esta troca muito importante e muito enriquecedora. Mais para o final da reunião, foram discutidas as informações sobre o Centro de Saúde, onde posso me integrar mais com a equipe. Também a representante da comunidade participou da reunião. É muito interessante ver todos discutindo por um bem comum, ou seja, pelo indivíduo.</i></p> | | <p>8. Apropriando-se do cotidiano do serviço e das questões da comunidade como um todo;</p> | <p>3. Um maior convívio profissional através da troca mútua;</p> | |
| <p>10ª V.S. (10/11/04) <i>Hoje a reunião foi tranqüila, não trouxeram muitos casos e os casos que trouxeram foram discutidos pela equipe toda. Achei que a discussão foi mais de senso comum do que técnica.</i></p> | | <p>9. Integrando conhecimento tácito e conhecimento técnico;</p> | <p>4. Dividindo a responsabilidade da atenção à saúde dos usuários entre todos os profissionais da Equipe;</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|---|
| <p>11ª V.S. (17/11/04) <i>As vezes sinto muita responsabilidade sobre mim. Sinto um pouco de medo de estar dando a devida ajuda. Me sinto ainda insegura em alguns casos, mas ao mesmo tempo já me sinto uma profissional.</i></p> | | | 5. Questionado a exigência do estágio | 3. Tornando-se psicóloga; |
| <p>12ª V.S. (24/11/04) <i>Hoje a reunião foi muito interessante pois foram levantados os pontos de dificuldade da equipe, e as opiniões de soluções. A equipe levantou ser importante a participação das estagiárias de psicologia, o que mostrou que os estagiários são considerados membros da equipe. Fiquei muito satisfeita com esta consideração, o que mostra que nosso trabalho foi reconhecido.</i></p> | | 10. Enfrentando os obstáculos e buscando as soluções. | | 4. Considerando os estagiários como membros da equipe; 5. Reconhecendo a prática do estágio. |

3.2 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Joana:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|---|--|--|---|---|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobrimo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | IV- Reconhecendo-se como parte da equipe. |
| <p>1ª V.S. (03/09/04) <i>Eu me senti alegre diante da reunião pois percebo que a equipe está integrada. Existem vários projetos e os profissionais estão se juntando para prestar melhores serviços ao usuário.</i> <i>Gostei da chegada dos novos estagiários que poderão nos ajudar no psicodiagnóstico.</i></p> | 1. Satisfação em perceber a integração da Equipe; | 1. Há uma aproximação dos funcionários para realização de diversos projetos que atendam a população; 2. Campo de inserção de estagiários de outras disciplinas; | | |
| <p>2ª V.S. (10/09/04) <i>Não houve reunião de equipe, porém a equipe realizou bonequinhos de biscoito para a semana de amamentação.</i> <i>Isso foi muito importante para mim, pois estou no grupo de maternidade e estimular as mães é fundamental. Isso mostra o vínculo dos profissionais com o usuário.</i></p> | | 3. Reunião de Equipe como espaço de execução de projetos coletivos, e oportunidade para integração das atividades nos diversos grupos de atendimento; 4. Os projetos revelam o vínculo entre profissionais e os usuários; | | |
| <p>3ª V.S. (17/09/04) <i>Cada vez mais eu penso que é muito importante a reunião de equipe. A troca de informações e o envolvimento dos profissionais é fundamental.</i> <i>Me sinto parte dessa equipe, estamos discutindo sobre estratégias para arrecadar dinheiro para a festa de aniversário do Centro de Saúde. Isso significa que me sinto realizada neste local de trabalho.</i></p> | 2. Realização pessoal através do estágio em Centro de Saúde; | 5. A reunião de Equipe como uma atividade essencial para o trabalho em Centro de Saúde e que exige: - troca de informação entre todos; - comprometimento de cada membro da equipe; | | 1. Contribuindo com as discussões para os projetos coletivos; |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>4ª V.S. (21/09/04) <i>Não pude ir à reunião de equipe nesta semana. Marquei meus atendimentos num outro dia e os meus pacientes não compareceram. Tive uma sensação de vazio, apesar de umas das pacientes ter justificado sua ausência. Porém, conversando com os funcionários da equipe pude trocar informações sobre outros estágios que também são da rede pública.</i></p> | <p>3. Frustração frente a falta do paciente no atendimento;</p> | <p>6. Membros da equipe são vistos como referência no cotidiano de estágio;</p> | | |
| <p>5ª V.S. (28/09/04) <i>Não pude comparecer na reunião de equipe por motivo de estágio. Já no atendimento senti que o meu trabalho tem grande significado: ajudar o sujeito a pensar sobre a sua história, sobre suas atitudes e sentimentos.</i></p> | <p>4. O atendimento clínico como uma experiência muito importante para se aprender a prática da ajuda psicológica;</p> | | | |
| <p>6ª V.S. (08/10/04) <i>A reunião demorou para começar. As estagiárias de enfermagem e nutrição já estavam na sala, porém não havia cadeiras e nem profissionais, cada um estava num canto do Centro de Saúde. Eu fiz de tudo para que a reunião acontecesse, busquei cadeira e chamei algumas pessoas da equipe, A reunião aconteceu, eu senti um certo desânimo por parte dos profissionais. Eu me senti mal com isso, por mais que eu achasse importante, ouvi várias reclamações do serviço público e sobre a falta de comprometimento das pessoas. Eu acabei saindo desanimada da reunião e me perguntando: "será que eu que sou ingênua?". Pois ainda acredito que se todos se unirem os problemas vão se resolver.</i></p> | <p>5. A resolução de todos os problemas de serviço público dever passar pelo comprometimento de todos;</p> | <p>7. O espaço da reunião como oportunidade para aliviar a falta de perspectiva dos funcionários, tanto em relação ao serviço público, quanto ao descompromisso de alguns membros da equipe;</p> | <p>1. Organizando o ambiente da reunião e mobilizando os membros da equipe como meio de despertar o interesse de todos para a reunião;</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>7ª V.S. (22/10/04) <i>O que mais me tocou na reunião foi o assunto sobre abuso sexual de crianças. Estávamos falando de um caso e começaram a discutir sobre como esta demanda é alta. E eu achei absurdo quando falaram que existem caminhoneiros que fazem comércio dessas crianças e abusam delas.</i> <i>Achei super importante conhecer um projeto que existe para ajudar estas crianças, mas pode ser que este projeto não tenha continuidade. Acho fundamental que o governo auxilie estas crianças e apoie projetos como este. Porém, também ouvi dizer que o governo “abafa” o caso... Não acho isto certo.</i></p> | | <p>8. Desdobramento na discussão clínica de caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apresentando o caso; - discutindo o tema central; - identificando o índice da população com aquela queixa (mapa epidemiológico); - buscando outros recursos e projetos na rede. - debatendo o papel do poder público; | | |
| <p>8ª V.S. (29/10/04) <i>Gostei muito da reunião porque as pessoas participaram e deram opiniões para possíveis projetos do Centro de Saúde afim de promover a saúde das pessoas do território da equipe.</i> <i>Os casos tiveram resolutividade e fiquei feliz com isso. Os profissionais sempre dão feedback positivo do trabalho da psicologia, valorizando a importância do nosso trabalho.</i></p> | | <p>9. Reunião da equipe enquanto caminho para planejamento das ações coletivas no território da própria comunidade;</p> | | <p>1. Reconhecimento e valorização do estágio de psicologia pelos membros da equipe;</p> |
| <p>9ª V.S. (04/11/04) <i>A equipe já começou a discutir a construção de alguns projetos para o próximo ano, houveram solicitações quanto aos alunos da PUC, para continuarem nesta equipe, e não apenas a psicologia que segundo eles, contribuiu bastante, mas também solicitaram a presença de outros cursos.</i> <i>Eu me sinto parte da equipe e com vontade de ajudar. Achei muito interessante um projeto que estão planejando para o ano que vem, voltado para os adolescentes da região. E também estou com expectativas quanto à festa de aniversário de 10 anos do Centro de Saúde.</i></p> | | <p>10. Planejando projetos para o próximo ano; 11. Solicitando a ampliação do campo de estágio para inserção de outros cursos, além da continuidade do curso de psicologia;</p> | | <p>2. Sentindo-se como membro participante, e com intenção de contribuir com o trabalho da equipe;</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>10ª V.S. (12/11/04) <i>Na reunião, eu não me senti muito bem, pois a maioria dos funcionários estavam acomodados, ou até conformados com uma situação interna... Eu comecei a falar sobre outras alternativas e ainda ouvi de uma médica que não se pode contar com a psicologia. Por causa de um funcionário, o nome da psicologia não tem muito peso.</i></p> | | <p>12. Campo de ambigüidades que produz diferentes interpretações sobre um mesmo fato ou assunto;</p> | <p>2. Um certo incômodo ao expor as alternativas do campo da psicologia;</p> | |
| <p>11ª V.S (26/11/04) <i>Me senti muito bem na equipe, me senti à vontade para expor minha opinião. Acho que cresci muito na equipe desde o primeiro dia de reunião. Surgiram várias idéias interessantes para o próximo ano, e a psicologia da PUC está incluída como membro deste projeto.</i></p> | <p>6. Percebendo um crescimento pessoal ao longo do ano frente as atividades no trabalho em equipe;</p> | | <p>3. Prazer durante a reunião de equipe e desejo de opinar;</p> | <p>3. Compreendendo o estágio de psicologia como parte efetiva dos projetos da equipe;</p> |
| <p>12ª V.S. (03/12/04) <i>Eu gostei da reunião neste dia pois, pessoas que geralmente não participam estavam presente, e deu para ter um olhar mais completo dos casos. Eu não me senti muito bem comigo, pois havia um caso grave, e eu não tenho muita experiência para dizer o que fazer.</i></p> | | <p>13. A participação de todos os membros da equipe como um diferencial na discussão clínica;</p> | <p>4. Um desconforto por não saber o que fazer, frente a um caso grave, devido a pouca experiência clínica;</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>13ª V.S. (10/12/04) <i>Eu não me senti muito bem com a postura da médica. Apesar dela opinar sobre o caso, de se preocupar com o caso, ela não se responsabilizou por ações efetivas para resolver totalmente, apenas “passou a bola”.</i> <i>Se eu tivesse algum vínculo com esse usuário, eu me responsabilizaria. Já tentei expor meu ponto de vista, porém falta postura política desta médica.</i> <i>Resumindo, penso que o trabalho no Centro de saúde é um trabalho político, social que vise o bem estar do usuário.</i></p> | | <p>14. A discussão clínica como uma prática que supera o simples relato de caso, e diz respeito a uma atitude de responsabilização resolutiva da equipe;</p> <p>15. A prática clínica em Centro de Saúde diz respeito a uma atenção à saúde que envolve a esfera política e social para satisfação do usuário.</p> | | |
|--|--|--|--|--|

3.3 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Melissa:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|---|--|---|---|---|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobririndo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | IV- Reconhecendo-se como parte da equipe. |
| <p>1ª V.S. (01/09/04) <i>A reunião de equipe me faz pensar no comportamento da equipe com os usuários, e ao mesmo tempo a nossa indecisão, enquanto equipe, entre cuidar demais do paciente (promovendo um paternalismo pouco eficaz) e promover a autonomia do paciente; mesmo porque o Centro de Saúde não dá conta de todos os problemas que chegam.</i> <i>A facilidade de dispersão da equipe conduz a discussão para outras questões, fazendo com que a reunião se torne monótona.</i></p> | | <ol style="list-style-type: none"> 1. A reunião da equipe como local de “cuidar” da intersubjetividade entre equipe e usuários; 2. Oportunidade para reconhecimento das limitações e ambigüidades frente a atenção de cuidado; 3. A falta de organização e condução nas discussões em equipe, tornam a reunião cansativa e pouco resolutiva; | | |
| <p>2ª V.S. (08/09/04) <i>Reunião muito monótona, os agentes de saúde não estavam presentes e não havia casos para serem discutidos. Houve uma tentativa de reflexão sobre o processo de trabalho da equipe, mas a equipe se dispersa facilmente. Senti que foi uma reunião um tanto inútil.</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Frustração frente a falta dos agentes de saúde e por não haver casos clínicos para discussão; | <ol style="list-style-type: none"> 4. Ensaaiando reflexões sobre o processo de trabalho em equipe; | | |
| <p>3ª V.S. (15/09/04) <i>Não tenho certeza dos meus sentimentos nessa reunião. Não senti grande preocupação por parte da equipe, talvez porque não tivesse casos para psicologia. A equipe está preocupada com “pacientes problema” que vêm todos os dias ao Centro de Saúde; a questão principal é como educar estes pacientes.</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Sentimento de dúvida, devido a falta de discussão de casos específicos para a psicologia; | <ol style="list-style-type: none"> 5. Discutindo estratégias para modificar o hábito de alguns usuários, que freqüentam o Centro de Saúde quase todos os dias; | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <p>4ª V.S. (22/09/04) <i>Acho que hoje a reunião teve pouco ou nenhum significado para mim. Alunos de enfermagem da PUC deram um aula sobre avaliação de feridas, e para mim, estudante de psicologia, não fez sentido nenhum.</i></p> | <p>3. Não vê nenhum sentido em aprender assuntos específicos de outras áreas (ex. avaliação de feridas) durante as reuniões de equipe;</p> | <p>6. Multiplicando o conhecimento através de apresentação de temas específicos;</p> | | |
| <p>5ª V.S. (29/09/04) <i>Hoje a reunião foi bastante significativa, pois a equipe funcionou bem, e as horas foram bastante produtivas. O fato de vários pacientes terem sido reavaliados para encaminhamento para psicologia, fez a equipe pensar para avaliar o estado atual do paciente, e qual a necessidade real do paciente. Gostei bastante da reunião, a equipe toda estava interessada nas discussões.</i></p> | <p>4. O interesse de todos em participar das discussões na Equipe representou um sentido especial;</p> | <p>7. O apoio matricial realizado pelos estagiários de psicologia contribuiu para uma melhor compreensão da realidade dos usuários;</p> | | |
| <p>6ª V.S. (06/10/04) <i>Hoje foi uma reunião boa, com a equipe quase completa, empenhada, interessada e animada. Sinto que, com o ano terminando, consigo me envolver mais e compreender melhor alguns casos complexos que nos chegam, e valorizo o trabalho da equipe, que está conseguindo ser multidisciplinar.</i></p> | | <p>8. Quando a equipe está completa, envolvida e interessada, há trabalho em equipe e multidisciplinariedade;</p> | <p>1. Com o passar do ano tornou mais tranquilo discutir e participar situações complexas dos usuários;</p> | |
| <p>7ª V.S. (20/10/04) <i>Hoje me senti realmente participando da equipe, como parte dela... Discutimos os casos em conjunto com a equipe e , sob o meu ponto de vista, juntos conseguimos dar o melhor encaminhamento para os casos em questão, dentro das nossas possibilidades..</i></p> | | | | <p>1. Sentimento de pertencer a equipe através da participação em conjunto para resolutividade dos casos;</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>8ª V.S. (27/10/04) <i>Hoje cheguei atrasada à reunião, e por isso não peguei os casos passados para a psicologia. No entanto, foi interessante a discussão da equipe quanto a uma possível revisão do seu processo de trabalho. Entendo a dificuldade em se fazer isso, por se tratar do setor público, mas é bom participar de uma equipe que busca da melhoria do seu processo de trabalho, visando tanto o bem estar do trabalhador quanto do usuário.</i></p> | <p>5. Sente-se grata em participar de uma equipe que busca melhorar o seu processo de trabalho;</p> | <p>9. Examinando cuidadosamente o processo de trabalho da equipe;</p> | | |
| <p>9ª V.S. (10/11/04) <i>Não pude comparecer a reunião da semana passada. Esta reunião foi boa, a equipe está entrosada e refletindo cada vez mais sobre a pertinência dos casos serem encaminhados para a psicologia. Como o ano já está terminando, a equipe manifestou interesse em que as estagiárias permanecessem no ano que vem. Fiquei feliz pelo reconhecimento do trabalho.</i></p> | | <p>10. O clima de harmonia na equipe auxilia na discussão da demanda de casos para psicologia;</p> | | <p>2. Sentimento de felicidade frente ao desejo da equipe para continuidade do estágio de psicologia no próximo ano;</p> |
| <p>10ª V.S. (24/11/04) <i>Hoje a reunião foi bem diferente: a equipe fez uma avaliação do seu trabalho e do desempenho do Centro de Saúde como um todo, para que em uma data posterior possa haver um planejamento para o próximo ano. Percebi a equipe de certa forma, preocupada com seu desenvolvimento enquanto equipe que precisa se articular para que o usuário não sofra. O principal: falta de resolutividade, em todos os níveis.</i></p> | | <p>11. Avaliando o trabalho da equipe e o desempenho do Centro de Saúde-Escola; 12. Planejando o trabalho da equipe para o próximo ano, tendo como meta a resolutividade da demanda dos usuários.</p> | | |

3.4 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Ruth:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|--|--|--|---|--|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobririndo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | |
| <p>1ª V.S. <i>“Formação de vínculo entre paciente (usuário) e profissional de saúde. Senti-me feliz em ser útil fazendo o apoio matricial; e mantendo o vínculo entre os mesmos, sendo que isto é significativo para uma melhora para o paciente.</i></p> | | 1. Evidenciando a importância do vínculo entre usuário e profissional de saúde; | 1. Satisfação em realizar o apoio matricial; | |
| <p>2ª V.S. <i>Discussão sobre cargos e carreiras. Sinto que os profissionais do serviço precisam ser olhados para que desempenhem seu trabalho com qualidade.</i></p> | | 2. Discutindo cargos e carreiras na equipe; 3. Demonstrando preocupação em atender as necessidades dos membros da equipe como garantia de qualidade no trabalho em saúde pública; | | |
| <p>3ª V.S. <i>Me parece que alguns membros da equipe apenas ouvem os casos, mas não sabem escutar, pois o que é dito muitas vezes sobre algum caso, para alguns profissionais se quer sabem o que foi realizado, e para onde que o usuário foi encaminhado. Sinto que este processo de escuta é fundamental para que ocorra um bom trabalho, afinal de contas é uma das técnicas que utilizamos.</i></p> | | 4. Mencionando a prática da escuta qualificada como critério de avaliação do trabalho da equipe; | | |
| <p>4ª V.S. <i>Penso que muitas vezes somos usados para tapar remendos da saúde pública, no entanto somos agentes de transformação e ainda acredito no que faço pela população. Foi discutido a falta de psiquiatras na rede de saúde e a assistência precária dos órgãos de apoio.</i></p> | 1. Preenchendo ausência de profissionais na saúde pública; | 5. Discutindo as necessidades e dificuldades na rede de saúde pública; | 2. Sentindo-se útil para a população, como agente de transformação; | |

3.5 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Catarina:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|--|---|--|---|---|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobrimdo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | IV- Reconhecendo-se como parte da equipe. |
| <p>1ª V.S. (13/09/04) <i>Hoje na reunião trouxeram alguns casos para nós estagiários. Tive a sensação de que tudo que discutimos nas outras reuniões não adiantou, pois continuam trazendo casos. Os membros da equipe discutiram sobre a violência em Campinas, e pediram a nossa opinião.</i> <i>Também foi proposto que a reunião seja feita uma vez por semana pela manhã e na outra semana à tarde, para que os outros profissionais da equipe possam participar. Eu não poderei participar no horário da tarde, e isto me deixou preocupada em relação as discussões de casos dos pacientes para a saúde mental, já que não haverá ninguém da psicologia para participar.</i> <i>Sinto-me só nas reuniões, já que a outra estagiária de psicologia, permanece na reunião apenas no início, onde os casos ainda não foram passados.</i></p> | <p>1. Falando da dificuldade da equipe em compreender que a reunião não é apenas para trazer casos para a psicologia; 2. Sentindo-se abandonada, em função da ausência de sua dupla de estágio nas reuniões de equipe;</p> | <p>1. Debatendo e ouvindo a opinião de todos sobre temas gerais (violência em Campinas); 2. Reorganizando o horário da reunião para atender o maior número de funcionários;</p> | | |
| <p>2ª V.S. (20/09/04) <i>Hoje não era pra ter reunião conforme a decisão da equipe, pra que fosse quinzenalmente. Mas acabou acontecendo. Foi discutido a organização dos dias do mês que haverá as reuniões.</i> <i>A Terapeuta Ocupacional trouxe dois casos encaminhados que tinham sido discutidos na reunião da saúde mental do Centro de Saúde, me pareceu ser necessário uma avaliação psicológica.</i> <i>Hoje senti que a equipe estava mais entrosada, todos participaram da discussão dos casos.</i></p> | <p>3. Experimentando a integração da equipe através da participação de todos os membros durante a reunião;</p> | <p>3. Flexibilidade para organização das reuniões de acordo com a necessidade; 4. Definindo as datas para as próximas reuniões; 5. Compreendendo a equipe de referência como uma extensão da equipe de saúde mental para resolutividade dos casos;</p> | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <p>3ª V.S. (27/09/04) <i>Hoje eu atendi um paciente novo, e quando fui pra reunião, já tinha começado. Senti um clima meio tenso, os funcionários estavam relatando a dificuldade de ir ao Centro de Saúde... Sobre o quanto o sistema, gera um sentimento de impotência.</i> <i>Percebi que é muito complicado quando a gente se dispõe a fazer um trabalho, mas ao mesmo tempo é impedido de realizá-lo por algumas questões.</i></p> | | <p>6. Descobrir obstáculos no trabalho em Centro de Saúde, quando a prática cotidiana depende de ações de todo sistema público;</p> | | |
| <p>4ª V.S. (04/10/04) <i>Hoje não tinha casos para serem discutidos na reunião. Acabamos discutindo sobre as eleições, e as possíveis mudanças com a eleição de um novo prefeito. Houve uma preocupação de todos os membros da equipe e uma insegurança sobre o que pode acontecer.</i> <i>Fiquei pensando como é complicado o funcionamento dos órgãos públicos, do quanto dependem de vários fatores pra funcionar bem, e o quanto é tudo muito instável e vulnerável.</i></p> | <p>4. Reconhecendo a saúde pública como um sistema complexo, resultante de diversos fatores;</p> | <p>7. Reavaliando a conjuntura atual e as possíveis mudanças no modelo de gestão da saúde; 8. Apreensão e insegurança de toda a equipe frente a possibilidade de mudança de governo;</p> | | |
| <p>5ª V.S. (18/10/04) <i>Hoje senti que a equipe estava desanimada, cansada de fazer projetos e serem impedidos pela Prefeitura, por falta de recursos, e por falta de profissionais.</i> <i>Eu penso que podemos fazer algo, mesmo que seja pouco. A reunião ao invés de me desanimar me motivou para este tipo de trabalho.</i></p> | <p>5. Enfrentando as dificuldades da saúde pública como um desafio e uma motivação pessoal para o trabalho na atenção básica;</p> | <p>8. Desmotivação da equipe frente ao impedimento de execução dos seus projetos;</p> | | |
| <p>6ª V.S. (08/11/04) <i>Eu não sabia que neste dia iria ter reunião, mas acabei encontrando com a dentista no corredor, e ela quem me chamou. Só estavam o médico, duas moças que eu não conhecia, e depois de cinco minutos a reunião acabou. Me senti completamente perdida no meio desta situação.</i></p> | <p>6. Confusa frente a desorganização das reuniões e ao imprevisto de última hora;</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>7ª V.S. (22/11/04) <i>Hoje marcaram a reunião especialmente para discutir o caso de uma família. Falaram sobre a segurança, e de uma situação recente de uma briga entre traficantes da região.</i> <i>Senti que participei da reunião, e que minhas opiniões foram ouvidas e respeitadas.</i></p> | | <p>9. Momento peculiar para discussão de casos de família; 10. Conversando sobre a segurança no bairro e o tráfico na comunidade;</p> | <p>1. Prazer em opinar durante a reunião, e reconhecimento de suas contribuições;</p> | |
| <p>8ª V.S. (29/11/04) <i>Na reunião foram discutidos alguns casos, senti que participei e que colaborei com a equipe. Senti que o meu trabalho foi realizado, o que me fez sentir bastante gratificada.</i></p> | | | <p>2. Satisfação em colaborar com a discussão de caso; 3. Prazer em ter desempenhado seu papel;</p> | |
| <p>9ª V.S. (06/12/04) <i>Hoje na reunião foi feito o planejamento dos trabalhos e programas que serão realizados pela equipe no ano que vem. Senti que meu trabalho foi valorizado e reconhecido. Os médicos estavam lamentando o fim do meu estágio. Foi muito gratificante para mim.</i></p> | | <p>11. Planejando os trabalhos e projetos para o próximo ano.</p> | | <p>1. Satisfação pelo reconhecimento e valorização da equipe do trabalho da estagiária.</p> |

3.6 ANÁLISE DO DIÁRIO DE VERSÕES DE SENTIDO da Estagiária Maria:

| Versões de Sentido | Fases do Processo do Estagiário | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--|
| | I- Avaliando a experiência do estágio | II- Descobrimo o papel da equipe como aprendizagem em serviço. | III- Participando do cotidiano da reunião de equipe | |
| 1ª V.S. (20/09/04) <i>Não me senti segura para expor os conhecimentos que se referem a minha área de atuação (psicologia).</i> | | | 1. Insegurança frente a sua participação na discussão em equipe; | |
| 2ª V.S. (27/09/04) <i>Hoje na reunião de equipe foram discutidos alguns casos novos. E o que eu senti, é que na área de saúde mental, a Terapeuta Ocupacional lidera as discussões, tentando resolver as questões referentes a esta área.</i> | | 1. Apresentando casos novos; 2. A presença da Terapeuta Ocupacional na equipe facilita a condução da reunião nas questões de saúde mental; | | |
| 3ª V.S. (04/10/04) <i>Hoje mais uma vez tivemos casos de saúde mental, nestas situações a Terapeuta Ocupacional acaba conduzindo as discussões, mas também houve bastante participação dos agentes comunitários de saúde, eles falaram sobre os casos.</i> <i>Eu sinto que é muito importante este relacionamento entre os integrantes da equipe, e que esta boa relação entre todos, se traduz na boa comunicação.</i> | | 3. Discutindo casos de saúde mental como meio de integrar a comunicação entre os membros da equipe; | | |
| 4ª V.S. (18/10/04) <i>Apesar da liberdade que os profissionais da equipe dão para nós estagiários, não me sinto a vontade em falar durante a reunião.</i> | | | 2. Acanhamento para falar durante a reunião; | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>5ª V.S. (25/10/04) <i>O que eu sinto é que há uma grande busca, por parte dos profissionais que compõe a equipe, em relação à resolutividade dos casos, porém é um pouco frustrante esta tentativa, pois os problemas sociais e econômicos, tornam difícil esta tarefa de proporcionar uma boa qualidade de vida aos moradores, aos indivíduos e às famílias que fazem parte do programa de saúde pública.</i></p> | | <p>4. Buscando incessantemente a resolutividade das necessidades dos usuários, apesar dos limites sociais e econômicos que também interfere na saúde das famílias atendidas;</p> | | |
| <p>6ª V.S. (29/11/04) <i>Percebo mais uma vez como às vezes o trabalho em saúde pública, não depende só dos profissionais da rede de saúde; visto que os problemas sociais que circundam a comunidade, impedem muitas vezes as alternativas propostas nas reuniões, a fim de resolver certos casos, ou pelo menos, de prevenir a doença e promover a saúde e qualidade de vida dos usuários do Centro de Saúde.</i></p> | | <p>5. Compreendendo as questões sociais no entorno da comunidade como dificuldades que ultrapassam o trabalho da equipe, e que limita as possibilidades de intervenções para a população atendida.</p> | | |

4. Compondo a Estrutura Geral do Sentido do Processo na experiência do Estagiário.

A partir das Análises dos Diários de Versões de Sentido de cada estagiário buscou-se identificar e comparar os elementos vivenciais comuns e divergentes entre todos os diários. Em seguida, chegou-se a uma Estrutura Geral elaborada em relação ao sentido do processo na experiência do estagiário de psicologia clínica a respeito das atividades desenvolvidas como participantes de equipes de saúde da família em Centros de Saúde

A comparação entre todas as análises obtidas nas séries de Versões de Sentido dos Diários de cada estagiário aponta a existência de quatro Fases do Processo vivido, caracterizando uma continuidade no percurso de formação em serviço.

Na fase inicial, podem-se observar os estagiários *“avaliando a experiência do estágio”* ao longo do ano (Júlia, Joana, Melissa, Ruth e Catarina;). O que caracteriza esta fase são sentimentos diante da inserção na reunião de equipe: embaraço frente à inexperiência para o trabalho em equipe; gratidão e satisfação em perceber a integração com todos os funcionários; frustração diante das faltas dos pacientes aos atendimentos, dos *“agentes de saúde”* às reuniões e da ausência da dupla de estágio; e realização e crescimento pessoal em razão da experiência adquirida.

Já na segunda fase, todos os estagiários vão *“descobrimo o papel da equipe como uma aprendizagem em serviço”*, um processo que começa com a descrição das atividades realizadas nas reuniões semanais da equipe; passando por uma reflexão a respeito da prática da atenção à saúde das famílias; compreendendo esta prática como uma continuidade e extensão do trabalho da equipe de saúde mental; adentrando a função da equipe no território; e encerrando com uma avaliação do trabalho da equipe e da participação dos estagiários de psicologia. Em relação às atividades realizadas durante as reuniões de equipe, os estagiários descrevem-na como espaço para: discussão de casos; execução de projetos coletivos; integração dos trabalhos grupais; troca de informações entre todos os profissionais; exame, reflexão e aperfeiçoamento do processo de trabalho (necessidades e organização); atenção à experiência

intersubjetiva constituída com os usuários; reconhecimento das limitações frente à atenção ao cuidado e alívio da tensão cotidiana; multiplicação do conhecimento através da apresentação de temas específicos e gerais que envolvem o trabalho em saúde. Em relação à prática de atenção à saúde das famílias: valoriza-se a participação de todos os membros para a compreensão clínica; trata-se de uma atitude de responsabilização resolutiva, de relação de vínculo entre profissional e usuário e de escuta qualificada; envolve a esfera política e social; e faz-se levantamento epidemiológico a partir do índice de algumas queixas e demandas. Tal prática está intimamente relacionada ao trabalho da equipe de saúde mental em função: do reconhecimento dos estagiários como referência de apoio matricial para compreensão ampliada dos usuários; e da aproximação e integração entre os membros da equipe a partir da discussão de casos da saúde mental. Também há uma aproximação por parte da equipe em relação ao território e ao cotidiano da comunidade para elaboração e execução de projetos que intervêm nas necessidades do bairro como um todo. Por fim, os estagiários descrevem que ao final do ano a equipe avalia a importância da continuidade dos estágios para a manutenção dos projetos que foram iniciados, com solicitação de ampliação de estágios para outros cursos da Universidade.

Quanto à terceira fase, nota-se todos os estagiários *“participando do cotidiano da reunião de equipe de saúde da família”* como um processo que vai desde um sentimento de insegurança e acanhamento inicial para falar e expor o ponto de vista da psicologia, e com o passar do estágio começa a existir um sentimento de maior tranquilidade, até chegar a um nível de satisfação e prazer em razão da participação e organização das reuniões, e também em função do reconhecimento por parte da equipe em relação ao trabalho desenvolvido, sentem-se úteis à equipe e à população.

Finalmente, os estagiários vão *“se reconhecendo como parte da equipe”*, um sentimento de pertencer à equipe que surge através das participações e contribuições no cotidiano e do reconhecimento por parte da equipe frente ao trabalho realizado por eles durante o estágio. Trata-se de um processo de desenvolvimento de uma identidade profissional que os faz sentirem-se próximos ao psicólogo do Centro de Saúde.

4.1 Principais significados da experiência do estagiário

A partir da análise dos Diários de Versões de Sentido dos seis estagiários, podemos formular fases comuns a todos, para estruturar os principais significados da experiência do estagiário a respeito das atividades desenvolvidas como participantes de equipes de saúde da família em Centros de Saúde:

1) Avaliando a experiência do estágio ao longo do ano.

- embaraço frente à inexperiência para o trabalho em equipe;
- gratidão e satisfação ao perceber a integração de todos os funcionários;
- frustração diante das faltas dos pacientes nos atendimentos, dos “agentes de saúde” à reunião da equipe e da ausência da dupla de estágio;
- realização e crescimento pessoal em razão de experiência adquirida

2) Descobrimo o papel da equipe como uma aprendizagem em serviço.

- descrevendo as atividades realizadas nas reuniões semanais da equipe;
- refletindo a respeito da prática da atenção à saúde das famílias;
- relacionando esta prática como uma continuidade e extensão do trabalho da equipe de saúde mental;
- adentrando a função da equipe no território;
- avaliando o trabalho da equipe e da participação dos estagiários de psicologia.

3) Participando do cotidiano da reunião de equipe de saúde da família.

- insegurança e acanhamento inicial para falar e expor o ponto de vista da psicologia;
- sentimento de maior tranquilidade;
- satisfação em relação ao progresso vivido na participação e na organização das reuniões;
- prazer em razão do reconhecimento por parte da equipe em relação a atuação do estagiário.

4) Reconhecendo-se como parte da equipe.

- contribuindo no cotidiano da equipe;
- desenvolvendo atividades semelhantes à do psicólogo do serviço;
- sentindo-se reconhecido e valorizado como membro da equipe.

“O momento mais significativo no curso do desenvolvimento intelectual, que dá à luz as formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, ocorre quando a fala e a atividade prática, duas linhas de desenvolvimento que antes eram completamente independente, convergem.”

Lev Vygotsky

Nesta etapa pretende-se fazer uma aproximação desta pesquisa com os autores citados nos capítulos iniciais. Alguns aspectos são confirmados, e outros suscitam reflexões enriquecedoras acerca da vivência de estagiários em um processo de formação em saúde pública.

No início do texto foram apresentados fatos relacionados à evolução sócio-histórica, contextualizando as várias transformações ocorridas na área da saúde pública no território nacional, e em especial a singularidade da história da cidade de Campinas até os dias atuais, com a implantação da estratégia de saúde da família. Esta transformação, segundo Souza (1999), pertence a um processo de continuidade histórica, que diz respeito a uma intensa bagagem acumulada ao longo dos anos por vários atores envolvidos com a saúde pública do país. Para esta autora, a contextualização da trajetória da saúde pública até o momento, permite abordar a estratégia de saúde da família, como um produto deste percurso histórico, e não simplesmente como “uma nova proposta”. No entanto, para os participantes desta pesquisa, trata-se de uma realidade totalmente desconhecida, *vivenciada com surpresa*, em razão de ser a única oportunidade de contato com a realidade da saúde pública oferecida pela Faculdade ao longo de toda a graduação. Nos depoimentos eles demonstraram responsabilizar e culpabilizar a Universidade pela negligência e omissão em relação à formação do psicólogo para as questões de saúde pública. Este desconhecimento acerca do campo da saúde pública diante da inserção no estágio, também foi evidenciado nos Diários de Versões de Sentido, caracterizando a primeira Fase do Processo de estagiário, como uma *vivência embaraçosa* frente à inexperiência para o trabalho em equipe de saúde da família. Nos documentos do Ministério da Saúde, referentes à inter-relação entre a Estratégia Saúde da Família e as Instituições de Ensino Superior, cita-se a importância da divulgação e sensibilização das Instituições Formadoras para este novo mercado de trabalho em saúde (MS, 1996); a projeção de uma reestruturação pedagógica nos cursos de graduação na área da saúde (MS, 1999); o papel da Educação Permanente no envolvimento das ações de transformação nas Instituições de Ensino Superior (MS, 2003a); o investimento financeiro, operacional e técnico para as Instituições Formadoras, interessadas e comprometidas com as diretrizes de Educação Permanente no SUS (MS, 2003b), e a partir de 2003, a implementação de uma política de

educação para o SUS, como critério para integrar as Instituições Formadoras ao SUS.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS, 2002), a respeito da implantação do PSF em dez centros urbanos, demonstra que a maioria destes municípios implantou o PSF como um programa paralelo à rede de saúde existente, de modo embrionário e em áreas específicas do município. Segundo este estudo, Campinas aparece como um dos poucos municípios que implantaram a estratégia de saúde da família em todo o município, de forma acelerada para a organização de todas as unidades básicas de saúde. Ainda neste estudo, apontam-se inúmeros elementos facilitadores e limitantes do desenvolvimento da estratégia de saúde da família em grandes centros urbanos, no entanto, não há nenhuma indicação ou citação referente ao papel das universidades neste processo. Para os participantes desta pesquisa, a oportunidade de vivenciar uma formação em serviço de atenção básica, revela-se como uma mudança da imagem deturpada que possuíam em relação à saúde pública, para uma imagem positiva frente à maturidade adquirida ao longo do processo.

Um primeiro aspecto levantado na composição da estrutura geral tanto a partir dos depoimentos, quanto a partir dos Diários de Versões de Sentido, trata da avaliação em relação à vivência do estágio de formação em serviço de atenção básica ao longo do ano. Os participantes avaliam positivamente a oportunidade do estágio, principalmente em relação à interação, ao convívio, ao vínculo e a integração com os membros da equipe de saúde da família, como condições facilitadoras para a aprendizagem. Este resultado apresenta-se como uma contrapartida, em relação aos vários estudos acerca deste tema, desde um dos primeiros trabalhos sobre o profissional de psicologia, realizado na cidade de São Paulo (Melo, 1975), seguido da tese de doutoramento a respeito do trabalho do psicólogo em Centros de Saúde (Silva, 1988), e dos vários estudos do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1992/1994/1995), que demonstravam o desnível existente entre a formação do psicólogo e a realidade da prática do profissional de psicologia em saúde pública. Silva (1992) menciona esta desarticulação como um processo derivado do sistema social vigente. Para os

participantes desta pesquisa, a formação em um contexto de atenção básica, é *vivenciada como algo que os torna profissionais de fato*, e não apenas estagiários, em razão da autonomia, das responsabilidades e das tarefas de estágio serem idênticas às daquelas dos profissionais de saúde.

O segundo aspecto abordado diz respeito à aprendizagem da prática coletiva e interdisciplinar e da integração da equipe de saúde mental à equipe de saúde da família. De certo modo, esta pesquisa demonstra que o espaço de encontro de diferentes profissionais da saúde, especialmente nas reuniões sistemáticas destes profissionais como os estagiários, constitui um fértil campo pedagógico de saberes e fazeres a respeito do trabalho em equipe de saúde da família na atenção básica. A leitura dos diários de versões de sentido torna interessante a evolução deste processo de aprendizagem que se inicia com a apropriação das funções e atribuições das atividades realizadas nas reuniões de equipe, passando à compreensão da prática da atenção à saúde das famílias, absorvendo esta prática como uma extensão do trabalho da equipe de saúde mental, ampliando para uma atuação coletiva no território, e concluindo com a avaliação da atuação dos envolvidos (equipe e estagiários).

Neste sentido, esta pesquisa confirma que a estratégia de saúde da família favorece a participação e o envolvimento das universidades na capacitação das equipes de saúde da família (Mendes, 2000). Para os participantes da pesquisa, trata-se de um movimento ininterrupto que compreende tanto a integração entre todos os profissionais para criação de uma forma alternativa de atenção à saúde, quanto das diretrizes operacionais (reunião de equipe, visita domiciliar, acolhimento), para efetivação de uma atenção à saúde que vem sendo denominada de clínica ampliada (SMS-Campinas, 2001a), e que nesta pesquisa diz respeito a um redimensionamento da atenção clínica convencional, individualizada e estritamente centrada no saber de um único especialista.

Em relação à diversidade profissional presente nos membros da equipe, os depoimentos destacam a importância do agente comunitário de saúde, em razão de sua atuação e representação na comunidade e de sua atuação/formação mais abrangente. Vale ressaltar, o pioneirismo da PUC-Campinas, que através da implantação dos primeiros Postos Comunitário de Saúde no início da década de

80, também criou o cargo de “auxiliar de saúde”, contratando pessoas moradoras na região de abrangência do Posto Comunitário de Saúde, e sem nenhuma formação específica na área da saúde.

Um terceiro aspecto refere-se às modificações surgidas com a implantação da estratégia de saúde da família em relação à situação anterior, considerada por Amaral (1997), como uma prática ineficaz para favorecer a integralidade entre a rede básica e as equipes mínimas de saúde mental, em razão da indefinição de uma política de saúde mental; da falta de diretrizes para organização do processo de trabalho das equipes; e do baixo envolvimento das equipes em relação ao cotidiano das unidades básicas e à articulação com as áreas clínicas.

Neste aspecto esta pesquisa evidenciou a transformação para uma atenção clínica ampliada, como uma atenção de responsabilização resolutiva, integrada no vínculo entre profissional e usuário, coletiva e interdisciplinar para uma atenção mais qualificada aos usuários. Apesar da constatação de melhorias na organização do processo de trabalho, para um trabalho com maior autonomia e independência para efetivação de práticas clínicas inovadoras e diferenciadas, também acarretou numa maior exigência de flexibilidade profissional. Para Bezerra (1996), esta clínica ampliada diz respeito a um fazer, que leve em conta toda a interação, conflito e convívio, ou seja, todo o entorno do usuário e da sua família, mobilizando todos os recursos para a busca de resultados no contexto social que eles vivem.

Saraceno (apud, Trad e Bastos, 1998) faz um alerta em relação a esta transformação de uma abordagem centrada apenas no usuário, para uma atenção voltada para a família, questionando as possíveis generalizações quanto à compreensão do significado da família por parte dos profissionais de saúde, levantando o grave risco de caracterização da família restrita a determinadas organizações familiares, específicos, centradas em um único modelo de vínculo familiar a partir de união civil e/ou religiosa, com os membros residindo em moradias estáveis, e a partir de valores morais segundo os referenciais do profissional de saúde ou da equipe de saúde da família. Este mesmo autor sugere que o referencial de família deve ultrapassar as fronteiras de uma abordagem linear, apropriando-se das singulares e complexas relações de interdependência

presentes na família como “sujeito dinâmico”. Devem-se levar em conta todas as pessoas que coabitam, sem considerar se há grau de parentesco entre elas (Lancetti, 2000b).

Porém, outro fator importante nesta pesquisa a respeito do processo do estagiário na formação em serviço, foi a trajetória evolutiva da participação do estagiário no cotidiano da reunião de equipe de saúde da família. Para eles as transformações ocorrem não apenas em termos de mudança no modelo de organização da atenção básica, mas também ocorrem a partir das influências que refletidas na subjetividade de todos os envolvidos no processo de mudança. No caso deste estudo foi vivenciado um processo inicial de insegurança e acanhamento para realização do apoio matricial na equipe, conduzindo para um sentimento de maior tranquilidade, até atingir um nível de satisfação em participar da reunião da equipe, inclusive pelo sentimento de responsabilidade pela condução e organização das reuniões.

Este aspecto sugere outras mudanças nas atribuições da prática do psicólogo, e, portanto, na própria formação do estagiário de psicologia, além daqueles citadas por Guarido e Braga Campos (2001). Mudanças tanto do ponto de vista dos princípios da clínica, como através da responsabilidade de acompanhar os casos da saúde mental nas discussões com a equipe, como uma espécie de supervisão, para a prática denominada de apoio matricial; como do ponto de vista de gestão na organização e condução das reuniões para o trabalho da equipe de saúde da família.

Para Lancetti (2000a), este processo de transformação no modo de gerir e conduzir a rede básica de atenção à saúde, a partir da organização sanitária da estratégia de saúde da família, torna-se a “esteira fundamental” de condução e construção de projetos que facilitem a produção de saúde mental.

Nos depoimentos, os estagiários também reconhecem a visita domiciliar como uma das diretrizes operacionais fundamentais, tanto para a transformação da clínica, como para formação em psicologia. Para Cunha (2005), a visita domiciliar é um dos recursos “mais valiosos” do profissional da saúde. Segundo este autor, na realidade do modelo de saúde da cidade de Campinas, a visita domiciliar foi concebida como um “antiprotocolo”, pois diz respeito a uma tarefa

descentralizada da exclusividade do saber especialista, e pulveriza-se principalmente como uma tarefa do agente comunitário de saúde, na extensão do serviço de saúde até as moradias.

O quarto aspecto diz respeito às mudanças de conceitos e paradigmas pessoais em relação à saúde pública, decorrentes da vivência do estágio em Centro de Saúde. De certo modo esta pesquisa tem demonstrado que o estágio de psicologia clínica, na atenção básica, adquire uma dimensão altamente instigadora, provocadora e complexificadora, não apenas do ponto de vista do psicólogo na saúde pública, mas também da formação como cidadão, em razão da diversidade de vivências, com os vários profissionais, das diferenças entre as famílias dos usuários, e das inúmeras situações do cotidiano da comunidade – questões sociais, culturais, ambientais. Nos depoimentos os participantes descrevem a vivência do estágio como algo que ultrapassa o aprendizado acadêmico, e diz respeito a uma aprendizado de forma coletiva entre todas as áreas profissionais da saúde que engloba aspectos cognitivos e afetivos.

Se a formação em serviço acontece através desta diversidade de contextos, espaços e situações, Lancetti (2000c), sugere que toda ação em saúde também deve produzir mudanças nessas esferas que o autor denomina “ecologias inter-relacionadas”: condições ambientais, sociais e mentais. A ação integrada em todas estas esferas, demonstra na prática, que a atenção à saúde não separa a pessoa e a população em corpo e mente, saúde física e saúde mental, mas diz respeito às questões de saúde de todos – famílias/usuárias do serviço e profissionais de saúde.

Portanto, a partir dos dados a respeito da vivência do estagiário de psicologia clínica em um serviço de atenção básica, podemos concluir que esta modalidade de formação em serviço é formada a partir de quatro modalidades que alicerçam a base para prática do psicólogo: atenção psicológica, atenção coletiva, atenção territorial, e modalidade teórico-prática. A modalidade da atenção psicológica traduz as práticas de atendimento aos usuários: psicoterapia individual e grupal, acompanhamento terapêutico (AT), grupos operativos (gestantes, crianças obesas, tabagismo, etc), visita domiciliar. A modalidade da atenção coletiva, diz respeito ao trabalho junto às equipes de saúde da família e

equipe de saúde mental: para o acompanhamento, participação nas discussões e matriciamento em psicologia. A modalidade de atenção intersetorial, diz respeito às ações realizadas essencialmente no território, através de projetos que envolvam a participação de profissionais de diversas categorias, de diferentes setores e pessoas da comunidade. E a modalidade teórico-prática, é o referencial para o embasamento de todas as ações de atenção: supervisão semanal, reconhecimento de toda rede de saúde pública e discussão temática (políticas de saúde, planejamento em saúde, epidemiologia, clínica ampliada, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, estratégia de saúde da família, trabalho em equipe de saúde, etc).

No entanto, esta pesquisa demonstra que apesar da avaliação positiva em relação ao estágio, os participantes também criticam, demonstram certo descontentamento frente às dificuldades encontradas ao longo do estágio: complexidade dos casos que extrapolam o cuidado à saúde, e da falta de adesão dos pacientes aos atendimentos clínicos.

Portanto, seria interessante a complementação com outros estudos fenomenológicos, que ouvissem outros atores e envolvidos neste mesmo universo de formação dos estagiários, ou seja, os funcionários, membros das equipes de saúde da família (agentes comunitários de saúde; médicos generalistas; enfermeiros; auxiliares de enfermagem; pediatras, ginecologistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras; além dos docentes-supervisores e usuários do sistema de saúde), para assim enriquecer ainda mais a complexidade das várias intersubjetividades presentes no cotidiano de formação em serviço de atenção básica.

Independente do referencial teórico a ser adotado, da abordagem a ser seguida, o tripé metodológico utilizado, integrando a atitude etnográfica, aliada ao uso da versão de sentido para compreensão através de uma leitura fenomenológica, demonstra a importância de se compreender o significado que a formação em serviço tem para o próprio aprendiz. E a partir desta compreensão, pensar nas particularidades desta proposta pedagógica que merece toda a nossa atenção, e ao mesmo tempo, demonstra que a existência deste tipo de formação em serviço de atenção básica não necessariamente implica o descrédito em

relação a outras formas de formação em psicologia clínica. No entanto, aponta a necessidade urgente de problematização desta formação acadêmica.

"Ou os estudantes se identificam com o destino do seu povo, com ele sofrendo a mesma luta, ou se dissociam do seu povo, e nesse caso, serão aliados daqueles que exploram o povo."

Florestan Fernandes

Capítulo VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo, algumas reflexões fizeram-se presentes ao pesquisador, especialmente em relação ao percurso do fazer da pesquisa.

O panorama trazido à luz pelos participantes revelou o protagonismo presente na fala e na escrita do estagiário. Surge de maneira bastante integrada a inter-relação entre as várias transformações vividas: a experiência de implantação de uma forma alternativa de modelo de saúde, a inserção no campo da atenção básica, o modo de subjetivar, analisar, agir, e viver das pessoas que vivenciam o processo de formação em serviço. Abordar a questão da formação do psicólogo e a saúde pública, em um momento de inúmeras transições e discussões – implantação de novas diretrizes curriculares, reorganização do sistema de saúde, e uma ampla discussão nacional organizada pelo Sistema de Conselhos de Psicologia e ABEP a respeito da Psicologia e a Saúde Pública, implica em desvelar e patentear as singularidades, da capacidade das mulheres e dos homens em “metamorfosear-se” (Canetti, 1995) a partir dos espaços institucionais.

Diante disso, se quiséssemos destacar os pontos mais importantes desta pesquisa diríamos que:

1. A formação em serviço provoca surpresa e estranhamento em quem esteve alheio a ela durante todo o curso de Graduação em psicologia;
2. Provoca, também, um sentimento de inadequação e desvalia;
3. E, assim, gera uma crise que exige do estagiário uma reviravolta interior, do qual é salvo porque encontra abrigo e atenção num conjunto de profissionais e usuários que constituem sua nova morada;
4. Neste convívio, a mudança pessoal é possível numa direção positiva e enriquecedora; formam-se novos vínculos e credita-se aos usuários o direito de lutar por sua autonomia pessoal e às famílias o direito à própria identidade;
5. Cria-se, então, uma vivência singular de pertencimento – sentir-se membro da equipe de saúde;
6. Este sentimento de pertencer leva à autonomia e a novas responsabilidades na condução de tarefas, já na condição de psicólogo;

7. O fazer integrado ocupa o cotidiano e redimensiona os saberes; uma clínica compartilhada e resolutiva vai surgindo para o estagiário, e ele a compreende vivendo.

O percurso desta trajetória de pesquisa possibilitou-me inúmeras reflexões, aprofundamentos, um autêntico processo de afetar-se e ser afetado, e que traz lembranças e re-lembranças das vicissitudes ao longo destes anos de intensa dedicação. As primeiras recordações são profissionais, científicas, pedagógicas e ao mesmo tempo da presença viva da saúde pública. No ano de 2001, quando em uma das Oficinas de Integração Ensino Serviço, realizada através do convênio existente entre prefeitura de Campinas e PUC-Campinas, um convidado do Ministério da Saúde falou a respeito das diretrizes do PSF. Esta palestra suscitou uma espécie de surpresa na maioria da platéia, em função da novidade dos princípios apresentados, e em nós da psicologia e da saúde mental, ressoou como uma apresentação acerca de nossos instrumentais cotidianos, ou seja, a relação de vínculo, a responsabilização, a escuta, e o acolher entre outros. A segunda imagem que me recordo, é da apresentação de um residente de medicina a respeito de sua experiência de intercâmbio na Inglaterra, relatando que os médicos da família naquele país tinham abolido a mesa do consultório para um atendimento mais próximo e humano. De certo modo, estas imagens somadas a minha prática profissional coincidem com o interesse em aprofundar a realidade da psicologia e da saúde pública. Este processo de investigação voltado inicialmente para minhas próprias inquietações com o processo de amadurecimento e trocas – daí a importância fundamental da orientadora – foi se transformando numa busca por uma compreensão cuidadosa sobre o cotidiano do estagiário de psicologia na atenção básica. A fase inicial de querer abraçar o mundo, vai dando espaço e lugar para buscas que façam sentido ao outro e a si próprio, e como um saltar aos olhos, renasce um contexto que sempre esteve no ali – os Centros de Saúde-Escola. E neste sentido a capacidade de se espantar, tornou-se uma espécie de contemplação do humano no espaço que compreende a Universidade e a comunidade externa.

Este trabalho propiciou inúmeros conhecimentos e buscas metodológicas, na tentativa de encontrar um processo de busca e análise que integrasse os princípios do pesquisador ao fenômeno a ser investigado: e aqui registra-se o

desbravar do campo – o desenho etnográfico, a reação viva no momento do estágio – a versão de sentido, e a compreensão das vivências – a leitura fenomenológica. Também houve encontros enriquecedores, com pessoas ilustres, estagiários e estagiárias, funcionários de diversas categorias, todos detentores de um saber que foi a matéria prima para este trabalho, e que fizeram deste período de pós-graduação um percurso vivido de transformações gratificantes, tanto profissionais, quanto pessoais.

Nesta empreitada uma das coisas que me chamou a atenção foi a ausência de estudos e o distanciamento do mundo acadêmico em relação à formação do psicólogo na saúde pública. Apesar de não ter sido o tema central do estudo, surge a questão: o que será do psicólogo que se aventurar a trabalhar na rede básica de saúde sem ter vivenciado uma formação em serviço de saúde pública?

Talvez a poesia de Vera Lúcia Amorim Melo (2000), uma psicóloga da equipe de saúde mental da cidade de São Paulo, responda em parte a esta indagação, relatando sua experiência acerca da participação no Projeto Qualis/PSF:

CASO, FAMÍLIA

*Casos,
 Não sabia que à frente despertariam.
 O tempo inda recente.
 Trabalhos diversos, complexos.
 Na mente confusa, o método.
 Perdida nas ruas desconhecidas, iniciava a intervenção nas
 [famílias,
 incertas.
 Se o tempo retorna presente, relembro os casos difíceis.
 À noite perdia-me em pensamentos: qual caminho tomaria?
 Não se passava a noite já chegava o dia.
 Como se dormindo em meio às confusões, ocultos
 [pensamentos e atitudes.
 Vagavam as dúvidas e as incertezas.
 Caminhava assim dia a dia.
 Intervenções, casos que se resolviam, determinadas situações.
 Tensões em famílias se aliviavam ao contato, à escuta e à*

[intervenção.

Delírios, mitos e religiões misturam-se aos conceitos de

[família.

Perdida assim, como as situações, encontro-me presente.

Grupos, reuniões, confusões.

Eclode uma psicose em minha própria família. Di / vi / do-me.

O grande medo de perder o filho.

Várias buscas “loucas”:

Psicoterapia; Religiões; Psiquiatria.

Perco-me e encontro-me hoje.

Aqui.

Escrevendo sobre o ontem.

Confusa, sempre.

Não desejo que encerrem em mim, as dúvidas.

Essência da vida.

Enfim, mais do que apresentar como encerrada a temática deste estudo, ela dimensiona outras questões e direciona para futuras pesquisas. Assim,

Chegamos ao fim,

À última folha, à última palavra,

E a letra **SUS**-pensa desaparece!

Não se encerra,

Tudo **SUS**cita,

Nada se esquece.

O **SUS**to do desconhecido.

O **SUS**tento do convívio.

Outra busca se aquece.

A saúde pública,

SUS-pira o profissional de saúde,

Sem formar-ação enlouquece?

Valdemar Donizeti de Sousa.

“A tarefa não é tanto ver o que ninguém tinha visto,
mas pensar o que ninguém pensou a respeito do que
todo mundo vê.”

Schopenhauer

- AMARAL, M.A. (1997) Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev. Saúde Pública*, 31(3):288-95.
- AMATUZZI, M.M. (1989) O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 41(4):88-95.
- _____ (1996) Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13(1):5-10.
- _____ (1996) O uso da versão de sentido na formação e pesquisa em psicologia. In: CARVALHO, RMLL (org). *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta*. Campinas – SP, Áinea, Coletânea da ANPEPP, (9):11-24.
- _____ (2001) *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- _____ (2003) *Carta dirigida aos grupos comunitários*. Policopiado.
- _____ (2003) Fé e ideologia na compreensão psicológica da pessoa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 16 (3): 569-575.
- ANDRÉ, M.E.D.A. (1995) *Etnografia da prática escolar*. Campinas, SP: Papyrus – (Série Prática Pedagógica).
- BEZERRA, B. (1996) A clínica e reabilitação psicossocial. In: Pitta A M F. (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- BOARINI, M. L. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*;1(1):93-132 jan./jun.
- BONOMI, A. (1974) *Fenomenologia e estruturalismo*. São Paulo/SP: Ed. Perspectiva.
- BRAGA CAMPOS, F.C. (org) (1992) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- BRAGA CAMPOS, F.C; HENRIQUES, C.M.P. (orgs) (1997) *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec.

- BRAGA CAMPOS, F.C. (2000) *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva), Campinas, S.P., DMPS/FCM, UNICAMP.
- BRASIL. (2003) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS.
- CAMPOS, G.W.S. (2000) *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- CANETTI, E. (1995) *Massa e poder*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CARVALHO, G. (2005) Fazer o marketing do SUS... A favor da vida e da saúde. Policopiado.
- CFP - Conselho Federal de Psicologia (Org.). (1988) *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicom.
- CFP - Conselho Federal de Psicologia (Org) (1992). *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Átomo.
- CFP - Conselho Federal de Psicologia (Org) (1994). *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CHIZZOTTI, A. (1995). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo/SP: Editora Cortez.
- CNE/CES (Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior) (2004). *Resolução n.º 08, de 07 de maio de 2004: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. MEC. Disponível em www.mec.gov.br. Acesso em fev. 2005
- COSTA NETO, M. (Org.). (2000) *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, (Caderno 1).
- CORDEIRO, H. (1996). O Programa de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial no SUS. *Cadernos de Saúde da Família*, 1: 10-

15.

CRP - Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região. (1995) *Psicologia: formação, atuação profissional e mercado de trabalho (Estatísticas 1995)*. São Paulo: Autor.

CUNHA, A. G. (1982). *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, 1ª edição.

CUNHA, G.T. (2005) A construção da clínica ampliada na atenção básica. – São Paulo: Hucitec. (Saúde em debate).

CURY, V.E. (1993). *Abordagem centrada na pessoa: um estudo sobre as implicações dos trabalhos com grupos intensivos para a terapia centrada no cliente*. (Tese de Doutorado, Saúde Mental), Campinas, SP, Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas.

CURY, V.E.; SZYMANSKI, H. (2004) A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, vol. 9 (2): 355-364.

DEJOURS, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14):7-11.

DIMENSTEIN, M.D.B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1):53-81.

ECO, U. (1996). Como se faz uma tese. 14ª ed. São Paulo, Editora Perspectiva. (original italiano de 1977).

ESTRADA, J.F.G.D.C. (1993) El modelo de acción social para la intervención comunitária. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 6(1-2):271-306.

FIGUEIREDO, E.M.G.L. (2000). *Algumas reflexões sobre o papel do Psicólogo no Programa de Saúde da Família*, mimeo, Campinas/SP.

FORGHIERI, Y.C. (1993) *Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa*. São Paulo/SP: Pioneira.

- FORGHIERI, Y.C. (1989). Contribuições da fenomenologia para o estudo de vivências. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 2(1a):7-20.
- FRANCO, A; MOTA, E. (2003). Distribuição e atuação dos Psicólogos na rede de Unidades Públicas de Saúde no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (3): 50-59.
- GARCIA, M.A.A. (1997) O ensino da saúde coletiva na PUCCAMP: a construção da história e seu repensar. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva), Campinas, S.P., DMPS/FCM, UNICAMP.
- GIORGI, A. (1978). *A Psicologia como ciência humana - uma abordagem de base fenomenológica*. Belo Horizonte, MG: Interlivros.
- GIORGI, A. (1985) (ed) *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Duquesne University Press, PA.
- GOETZ, J.P.; LECOMPTE, M.D. (1988). *Etnografia y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid/Espanha: Marata.
- GOMES, M.E.S.; BARBOSA, E.F. (1999). A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. São Paulo: Revista Educativa.
- GOULART, F.A.A. (2002) *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* (Tese de Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, R.J., Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- GUARIDO, E.L.; BRAGA CAMPOS, F.C. (2001). Clínica Ampliada é prática do psicólogo na Saúde Pública. *Múltipla Revista de Psicologia CRP SP*, ano 1(1):38-41.
- HALL, J.H; MILLER, T.W. (1993) Public service psychology in the 1990s. *International-Journal-of-Mental-Health*. Vol 21(4): 87-95.
- IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, 35(2):115-21.

JACKSON, A.L.; CAVALLARI, C.D. (1991). Estudo sobre a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. *Cadernos CRP-06* (Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região), São Paulo: SP.

JORNAL ABALÔNORO (2004) *Um novo olhar sobre o território: a experiência intersetorial da Região Noroeste – Campinas*. Caderno Intersetorial, edição especial. Novembro, policopiado.

JOVCHELOVITCH, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes.

LANCETTI, A (2000a). Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org) *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*, São Paulo/SP: Hucitec.

_____ (org) (2000b). *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*, São Paulo/SP: Hucitec.

_____ (2000c). Síntese Metodológica. In: LANCETTI, A. (org) *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*, São Paulo/SP: Hucitec.

LEUCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. (1996) Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, v.1, no1. Brasília.

MARTINS, M.T.C.T.L. (1996). *Construção coletiva da prática interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: a experiência da PUCCAMP*. (Dissertação de Mestrado, Educação), Campinas, SP, Faculdade de Educação: PUC-Campinas.

MATUS, C. (1993). *Política, planejamento e governo*. Brasília, IPEA.

MEC (Ministério da Educação) (1997). Diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação. Disponível em www.mec.gov.br. Acesso em fev. 2005.

MELO, S.L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática.

MELO, V.L.A (2000) Caso, família. In: LANCETTI, A. (org) *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*, São Paulo/SP: Hucitec.

- MENDES, E.V. (Org.) (1998). *A organização da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- MENDES, E.V. (2000). Brasil. In: *Sistemas de salud y reformas: Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado*. Buenos Aires: CEDES/FLACSO.
- MERHY, E.E. (1998) A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A T. (org) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã.
- MERHY, E.; BUENO, W.; FRANCO, T. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2): 345-353.
- MINAYO, M.C.S.; D'ELIA, J.C.; SUITONE, E. (1990). Programa de Agente de Saúde do Ceará: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF.
- MINAYO, M.C.S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed., São Paulo: Hucitec.
- MYSOCZKY, M.C. (1994). A medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, 42: 40-44.
- MONIQUE, A. (1978). O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes.
- MORATO, H.T.P.; SCHMIDT, M.L.S. (1998) Aprendizagem Significativa: informação e narrativa. *Interações: estudos e pesquisas em psicologia*, São Paulo: Unimarcos, vol. 3, (5): 67-74.
- MS (Ministério da Saúde) (1994) *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- _____ (1996). *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde – Documento Preliminar.
- _____ (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (1999). *Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002*. Brasília: Ministério da Saúde.

- _____ (2000). Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: MS.
- _____ (2002). Conselho Nacional de saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 1.a. edição. Brasília: MS.
- _____ (2003a). Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Policopiado.
- _____ (2003b). Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde – Comissão Intergestores Tripartite.
- _____ (2005) Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. atual. – Brasília: MS.
- NOGUEIRA, R.P. (1994) *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro, Ed.Qualitymark.
- OLIVEIRA, A.A.B. (2000) *Distribuição espacial da população: migração e estrutura etária em Campinas – SP*. (Tese de Doutorado em Demografia), Campinas, SP, IFCH, UNICAMP.
- PAIM, J.S. (1986) *Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. Rio de Janeiro: Abrasco. (Estudos de Saúde Coletiva, 4)
- _____ (1994) A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: *Epidemiologia e saúde* (Z. Rouquayrol, org.). Rio de Janeiro: MEDSI.
- _____ (1997). Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury, org.). São Paulo: Lemos.
- PMC (Prefeitura Municipal de Campinas) (2001). Plano Diretor do Município de Campinas. Policopiado.
- PMC (Prefeitura Municipal de Campinas). (2004) Mapa da Exclusão/Inclusão

Social da cidade de Campinas. Secretaria de Assistência Social, policopiado.

RIO, JOÃO (2001). *A alma encantadora das ruas*. MINISTÉRIO DA CULTURA Fundação Biblioteca Nacional, *Departamento Nacional do Livro*, apud: <http://www.ig.com.br/paginas/novoigler/download.html> (versão virtual).

SATO, L.; SOUZA, M.P.R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia USP*, 12(12):1-13, São Paulo.

SARACENO, B. (1990). The concept of family strategy and its application to the family-work complex: some theoretical and methodological problems. In: Bom K; Sgritta G; Sussman M. (eds) *Cross-Cultural Perspectives on Families, Work and Change*. Bringhamton: The Haworth Press Inc.

SARACENO, B. (1999) “*Libertando Identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível*”, RJ, Inst. F. Basaglia/TeCorá.

SCHMIDT, M.L.S. (2003) Políticas Públicas e Saúde Mental. In: TRINDADE, ZA.; ANDRADE, A N. (orgs.) *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. (2000) *Programa de Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica, *Rev Saúde Pública*, 34(3):316-9.

SILVA, R.C. (1988) *O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde*. (Tese de Doutorado), São Paulo/SP, IPUSP.

_____ (1992) A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: BRAGA CAMPOS, FC. (org) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.

SMS-Campinas (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas), (2001a) *Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS – Campinas*. Colegiado de Gestão da SMS/Campinas (terceira versão) – fevereiro, 17p.

_____ (2001b) *Saúde Mental: Apoio Matricial ao Paidéia-Saúde da Família*. Equipe Gestora do Programa de Saúde Mental, Saúde Mental/Caderno-2, junho, 18p.

_____ (2001c) *Combate à Violência: pela inclusão social da loucura, da infância e da família*. Equipe Gestora do Programa de Saúde Mental, policopiado.

_____ (2001d) *Índice de Condição de Vida – ICV*. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude. Acesso em nov. 2004.

_____ (2004) *Relatório de Gestão 2001-2004 do Distrito de Saúde Noroeste*. Equipe Gestora do Distrito de Saúde Noroeste, policopiado.

SOUSA, V.D.S. (1997) *A Demanda e o Serviço de Psicologia na Unidade Básica de Saúde*. Mimeo, Campinas/SP: PUC-Campinas.

_____ (2000) *A fala operária sobre trabalho em equipe: uma leitura fenomenológica*. (Dissertação de Mestrado), Campinas, SP., Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia: PUC-Campinas.

SOUSA, V.D.S.; GUARIDO, E.L.; PADILHA, B.M. (2004) *Ensinando Psicologia Clínica na Rede Pública*. Mimeo, Campinas/SP, (enviado para publicação em capítulo de livro).

SOUSA, M.F. (2001). *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: Hucitec.

SOUZA, H.M. (1999) O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Novembro: 7-9.

SPINK, M.J. (1992) A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: BRAGA CAMPOS, F C. (org) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec

SUNDFELD, A.C. (2000) *O desafio de conviver na diferença: o saber fazer nas equipes interdisciplinares de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado), Campinas, SP., Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia: PUC-Campinas.

TRAD, L.A.B.; BASTOS A.C.S. (1998) O impacto sócio-cultural do Programa de Saúdeda Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2):429-35.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S; SANTANA, E.M.; NUNES, M. (2002) Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):581-9.

TYKANORI, R. (1996) Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A M F. (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

VASCONCELLOS, M.P. (1998). Reflexões sobre a saúde da família. In: *A organização da saúde no nível local* (E. V. Mendes, org.), pp. 155-172, São Paulo: Hucitec.

VASCONCELOS, E.M. (2000). A priorização da família nas políticas públicas. *Revista da APS*, Ano 2: nº4

VIANA, A.L.D. (1997a) As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In: *A miragem da pós modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização* (S. Gerschman & M. L. W. Vianna, org.), pp. 201-210, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

VIANA, A.L.D., (1997b) Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A. M. Canesqui, org.). São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco.

WALDOW, V.R. (2001) Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. *Nursing*, fevereiro: 18-24.

YAMAMOTO, O.H. (1987) *A crise e as alternativas da psicologia*. São Paulo: Edicon.

_____ (1988) Apontamentos para um estudo da psicologia em Natal: áreas de atuação e seus determinantes. *Revista de Psicologia*, 1:3-13.

“Caminhante, não há caminho,
caminho se faz andando.”
Antônio Machado

A.1 Anexo

Termo de Autorização dos Docentes Responsáveis pelo estágio supervisionado em psicologia clínica em saúde pública da PUC-Campinas

Sr(a) Docente-supervisor(a)

Estou realizando um estudo denominado: “O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica”, como parte dos requisitos exigidos pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, no Curso de Doutorado em Psicologia da PUC-Campinas.

Este estudo tem como objetivo apreender as vivências de estagiários de Psicologia Clínica nas atividades cotidianas desenvolvidas como participantes de equipes responsáveis pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Campinas.

Para a efetivação desta pesquisa será necessária a utilização de dados do cotidiano do estagiário(a) durante a supervisão do estágio, quanto no contexto do Centro de Saúde com registros pelo próprio estagiário em um Diário de Versões de Sentido, e a realização de uma entrevista para coleta de depoimento dos estagiários que se dispuserem a conversar sobre este tema. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente, sendo resguardada a identidade do entrevistado e mantido o sigilo necessário quanto aos dados do mesmo.

O estagiário terá total liberdade para se recusar a participar do estudo ou para retirar seu consentimento, em qualquer fase desta pesquisa, sem nenhum prejuízo para sua formação.

Serão adotados os procedimentos éticos indicados pelo Comitê de Ética da PUC-Campinas constando em anexo o parecer deste comitê e o Termo de Consentimento do estagiário.

Os resultados finais desta pesquisa, bem como o trabalho final de redação da tese de doutoramento, serão ofertados posteriormente aos docentes responsáveis pelo estágio.

Sem mais, cordialmente e à disposição para esclarecimentos necessários.

Valdemar Donizeti de Sousa
Psicólogo, doutorando em Psicologia pela PUC-Campinas

A.2 Anexo

Termo de Autorização dos Coordenadores dos Centros de Saúde

Sr(a) Coordenador(a)

Estou realizando um estudo denominado: “O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica”, como parte dos requisitos exigidos pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, no curso de Doutorado em Psicologia da PUC-Campinas.

Este estudo tem como objetivo apreender as vivências de estagiários de Psicologia Clínica nas atividades cotidianas desenvolvidas como participantes de equipes responsáveis pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Campinas.

Solicito sua autorização para minha entrada como pesquisador neste Centro de Saúde, e para registro de dados realizado por cada estagiário em um Diário pessoal.

Será mantido o sigilo e o zelo pela privacidade das informações, tanto em relação à instituição, quanto aos profissionais de saúde membros das equipes.

Serão adotados os procedimentos éticos indicados pelo Comitê de Ética da PUC-Campinas constando em anexo o parecer deste comitê e o Termo de Consentimento dos membros da Equipe.

Os resultados finais desta pesquisa serão encaminhados posteriormente.

Sem mais, cordialmente e à disposição para esclarecimentos necessários.

Valdemar Donizeti de Sousa
Psicólogo, doutorando em Psicologia pela PUC-Campinas

A.3 Anexo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos estagiários de Psicologia

Estou realizando um estudo denominado: “O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica”, como parte dos requisitos exigidos pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, no curso de Doutorado em Psicologia da PUC-Campinas.

Este estudo tem como objetivo apreender as vivências de estagiários de Psicologia Clínica nas atividades cotidianas desenvolvidas como participantes de equipes responsáveis pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Campinas.

Para a efetivação desta pesquisa será necessária a utilização de dados do cotidiano do estagiário(a) através do registro semanal em um Diário pessoal e a realização de uma entrevista para coleta de depoimento dos estagiários que se dispuserem a conversar sobre este tema. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente, sendo resguardada a identidade do entrevistado e mantido o sigilo necessário quanto aos dados do mesmo.

O estagiário terá total liberdade para se recusar a participar do estudo ou para retirar seu consentimento, em qualquer fase desta pesquisa, sem nenhum prejuízo para sua formação.

Valdemar Donizeti de Sousa

Psicólogo, doutorando em Psicologia pela PUC-Campinas

Autorizo a utilização, pelo psicólogo **Valdemar Donizeti de Sousa**, dos dados coletados, registrados em Diário e do depoimento por mim fornecidos durante a entrevista, para fins da pesquisa intitulada: “O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica”.

Fui informado a respeito do compromisso ético desta pesquisa, e de que será mantido o sigilo quanto a minha identidade e em relação aos dados confidenciais por mim oferecidos.

Declaro estar ciente de que minha participação é totalmente voluntária, e que poderei recusar ou mesmo retirar meu consentimento em qualquer fase do processo desta pesquisa, sem qualquer prejuízo para minha formação no curso de Psicologia da PUC-Campinas.

Além de ter recebido todas as informações por mim solicitadas, concordo com os termos deste documento.

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

A.4 Anexo – CAPA DO DIÁRIO

DIÁRIO
DE
VERSÕES DE SENTIDO
EM
SAÚDE PÚBLICA

A.5 Anexo**CONVITE AOS ESTAGIÁRIOS:
FAZENDO VERSÕES DE SENTIDO SOBRE O ESTÁGIO EM
SAÚDE PÚBLICA.**

Como você já sabe, eu estou realizando um estudo sobre “**as experiências cotidianas do estagiário de psicologia no Centro de Saúde**”. E como parte dos dados a serem coletados, estou solicitando a participação de cada estagiário, através do registro de sua vivência no estágio (Versão de Sentido).

Fazendo a Versão de Sentido:

Você precisa dedicar algum tempo, *logo após cada Reunião de Equipe*, para escrever livremente da forma a mais solta, espontânea e sincera possível, um texto breve, baseando-se em seus próprios sentimentos, o que parece ter sido o essencial desta experiência que acabou de acontecer:

- Invente um pseudônimo (nome fictício) e identifique cada Versão de Sentido através dele;
- Coloque a data em cada Versão de Sentido;
- Escreva livremente a respeito do que mais lhe toca, acerca do que acabou de acontecer na Reunião de Equipe;
- Como você está, face a esta experiência;
- Sua reação interior imediata àquilo que lhe acontece.

Modelo:

Pseudônimo: _____ Data: ____/____/____
VS: n.º _____

Pseudônimo: _____ Data: ____/____/____

VS: n.º _____