

GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA

**O PROJETO TERAPÊUTICO COMO
CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA
DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**

CAMPINAS

2007

GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA

**O PROJETO TERAPÊUTICO COMO
CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA
DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva -
Planejamento, Gestão e Subjetividade*

ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

OL4p Oliveira, Gustavo Nunes de
 O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas
 de saúde / Gustavo Nunes de Oliveira. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientador: Sergio Resende Carvalho
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gestão em saúde. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Fatores de risco.
4. Educação em saúde. I. Carvalho, Sergio Resende.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês: The therapeutic project as contribution to change health services
practices**

Keywords: • Health management
 • Vulnerability in health
 • Risk factors
 • Health in education

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora: Prof Dr Sérgio Resende Carvalho

Prof Dr José Ricardo de Carvalho Mesquita

Prof Dr Gastão Wagner de Sousa Campos

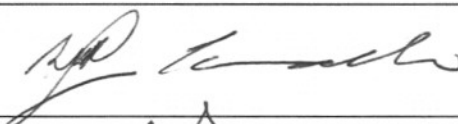
Data da defesa: 23 - 02 - 2007

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Membros:

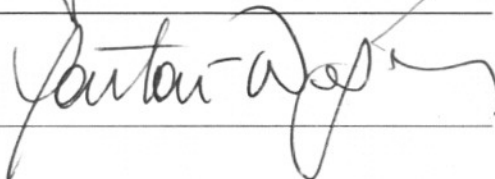
Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho



Prof. Dr. José Ricardo C. de Mesquita Ayres



Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2007

9
577-205008

*Às minhas filhas
Helena e Sofia e
à minha amada companheira
Patrícia.*

Ao pessoal de Pinda,

Agradeço aos profissionais de saúde de Pindamonhangaba, todos os que participaram das atividades desenvolvidas naquela cidade.

À secretária de saúde e promoção social Dra. Ana Emília.

À Dra. Ana Figueiredo.

E em especial à Dra. Eny, grande parceira de trabalho e mãe do David.

À Mariana, grande aliada.

Aos Companheiros do Centro de Saúde DIC III que lutam bravamente no cotidiano do SUS nas "periferias" complexas metropolitanas da "Sudoeste".

Em especial à Rosana pela militância sem fronteiras e, às vezes, sem medidas. Mas sempre empolgante.

Ao Eduardo e à Egle, de Taubaté, pela acolhida, pela confiança, pelas boas risadas e por todo o apoio que me deram.

Aos amigos de Amparo, em especial ao povo da USF Pinheirinho, à Elisa e a Dra. Aparecida Linhares Pimenta.

Ao meu muito querido amigo-pai Carlão (Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo). Companheiro de luta, de choro e riso, de estrada e de imensidão... que você consiga se ver e me ver nesse trabalho, muito além do que eu. Obrigado por sua generosidade.

À Janete que me acolheu tão bem em sua casa em Jacareí.

Aos meus irmãos Aline e Rafael.

À minha querida mãe, que sempre amei, tão intensamente, que tive que crescer para perceber isso.

Ao meu pai. Graças a ele descobri a Vida e perdi o medo.

Ao meu orientador que tentou me ensinar a "fazer recortes", ir em frente, valorizando cada passo. Que os nossos finais de semana tragam muitos frutos.

Ao Prof. Gastão que sempre me inspira e a quem considero um Mestre.

Ao Prof. Emerson Merhy que me instiga a ter curiosidade por outras formas de pensar.

Ao Prof. Heleno pela confiança e pelo apoio.

Aos residentes de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, em especial à Larissa pelo companheirismo.

Aos que não pensam e que não agem como eu.

À Helena, minha filha. Pela paciência e compreensão. Por ter reclamado da minha ausência. Por me dar força e afeto. Por ser Helena. E por ser linda e doce.

À Sofia, que nasceu em plena tese, para me lembrar de quem sou e do que sou capaz.

À Patrícia, minha companheira. Pela sua paciência. Pelo seu carinho. Por ser a mulher que é. Por ter essa coragem doce e generosa.

Muito Obrigado.

O desejo diz:

*“Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso;
não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo;*

*gostaria que fosse ao meu redor como uma
transparência calma, profunda, indefinidamente aberta,
em que os outros respondessem à minha expectativa,
e de onde as verdades se elevassem,*

uma a uma;

eu não teria senão de me deixar levar,

nela e por ela,

como um destroço feliz”.

E a instituição responde:

“Você não tem por que temer começar;

estamos todos aí para lhe mostrar que

o discurso está na ordem das leis;

que há muito tempo se cuida de sua aparição;

que lhe foi preparado um lugar que o honra

mas o desarma;

e que,

se lhe ocorre ter algum poder,

é de nós,

só de nós,

que ele lhe advém”.

MICHEL FOUCAULT

“A Ordem do Discurso”

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxi</i>
ABSTRACT	<i>xxv</i>
APRESENTAÇÃO	29
INTRODUÇÃO	37
Capítulo 1- O marco Teórico-Conceitual	41
Capítulo 2- Repensando o Projeto Terapêutico Singular: caminhos da construção de uma proposta	67
▪ Parte A- A prática profissional do pesquisador como dispositivo	69
▪ Parte B- Conceitos incorporados ao longo do trajeto	73
Capítulo 3- Uma Proposta de Operacionalização do Projeto Terapêutico Singular: a produção intersubjetiva na gestão e no planejamento da clínica	89
Capítulo 4- Aspectos da Metodologia de Investigação	111
Capítulo 5- Resultados e Discussão	125
Capítulo 6- Considerações Finais	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187
APÊNDICES	197

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAISM	Centro de Referência e Assistência Integral em Saúde da Mulher
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CS	Centro de Saúde
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
ER	Equipes de Referência
ESF	Equipe de Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médica
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANASA	Sociedade de Abastecimento de Água e Saneamento S/A (Campinas/SP)
SMSPS	Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMS	Unidade Mista de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Quadro de análise do planejamento.....	83
Figura 2 Roteiro para discussão de PTSI (indivíduos em contexto).....	91
Figura 3 Roteiro para discussão de PTSC (áreas, grupos, comunidades em situação de risco/vulnerabilidade).....	92
Figura 4 Exemplos de representação gráficas de arranjos familiares.....	95
Figura 5 Vetores de influência determinantes de vulnerabilidade nos sujeitos....	98
Figura 6 Avaliação de vulnerabilidade em sujeitos singulares (balança de vulnerabilidade).....	99
Figura 7 Avaliação de vulnerabilidade de MF (iniciais de nome próprio).....	101



Resumo

Este trabalho investiga a contribuição do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a gestão da atenção individual e coletiva à saúde. O marco teórico parte de concepções da saúde coletiva e discussões sobre ciência e senso comum na pós-modernidade. Aborda possibilidades de mudanças nas práticas de saúde, enquanto práticas sociais, a partir do encontro entre sujeitos, na implementação de processos de singularização da atenção, tendo o PTS como modelo. Faz releitura dos processos de normalização da atenção, tendo como modelo a aplicação do conceito de risco probabilístico epidemiológico. Propõe a incorporação do conceito de vulnerabilidade às práticas de saúde. Avalia uma proposta de operacionalização do PTS tomando como material de análise dados coletados em atividades de educação permanente com trabalhadores da rede básica e no desenvolvimento de projetos terapêuticos em unidades de saúde. Os dados foram classificados e analisados com base nas categorias Sujeito, Singularidade e Autonomia. Os resultados permitem reflexões sobre teoria/práticas de saúde. Assinala limitações de projetos sanitários que privilegiam ações programáticas sustentadas unicamente na noção de risco, além de elaborar alternativas às práticas prescritivas objetivantes. Aponta a pertinência da incorporação do conceito de vulnerabilidade nas práticas e constata o valor de uso do arranjo/dispositivo PTS proposto na qualificação do trabalho em saúde voltado para co-produção de saúde e de sujeitos autônomos. Conclui apontando possibilidades, limites e dificuldades do PTS enquanto estratégia de reforma das práticas de gestão/atenção em saúde e questões que julgamos devedoras de novos estudos.



Abstract

This study investigates the contribution of the Singular Therapeutic Project (PTS) for the management of the individual and collective attention to health. The adopted theoretical landmark departs from concepts of the Collective Health field and contentious positions about science and common sense in post-modernity. It addresses possibilities of changes in the social praxis on health issues, starting from citizens' group meetings to finally overlook the singular aspects of delivering individual processes of providing health care under the PTS model. It reviews the processes of standardization of health services, also using the probabilistic concept of risk from epidemiology. It proposes to encompass the concept of vulnerability to the health practices. It evaluates an application trial of the PTS model based on data collected from continuous education projects of the health workers and some case-analysis on therapeutic projects that they adopt to develop their own services at the primary health centers of the Brazilian Unified Health Services (SUS) network. The data was classified and analyzed based on categories as: Subject, Singularity and Autonomy. The results allow reflections about health theory/praxis and also point out to limitations of sanitary projects that are uniquely supported by the notion of risk, besides suggesting alternative practices. They also state the relevance of the adoption of the concept of vulnerability into the health services and bring about evidences of the PTS model value to promote capacity building for the health teams along with developing health promotion and autonomic concepts among citizens and health workers altogether. The conclusion points out possibilities, limits and difficulties of the PTS model, taken as a strategy to reform of health praxis components specially those directed to health policy and management of health services. These limits are taken as a framework that deserves additional studies.



Apresentação

Esse trabalho foi desenvolvido a partir das reflexões e das práticas surgidas ao longo de cinco anos de experiência profissional e dez anos de militância no Sistema Único de Saúde (SUS). Trajetória iniciada no segundo ano de graduação em medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 1996, quando implementei meu primeiro projeto de investigação estudando as atividades de educação em saúde e participação social realizadas, na época, pelos 41 centros de saúde do município de Campinas. Nesse caminho conheci toda a rede de serviços de atenção básica municipal e entrevistei todos os coordenadores dessas unidades. Esse foi o início de uma relação que, de uma forma ou de outra, tem continuidade até os dias atuais. No mesmo ano, ingressei no movimento nacional de estudantes de medicina (DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) e vivi a efervescência da discussão da reforma e avaliação do ensino médico no Projeto CINAEM (Comissão Nacional e Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico). Nessa época, já me alinhava às críticas ao modelo de formação das escolas médicas, fragmentado e focado no corpo biológico.

A convivência com os serviços de saúde se deu paralelamente à formação acadêmica e de forma predominantemente extracurricular. Participei e coordenei alguns projetos de vivência no SUS ambientados em centros de saúde. Entre eles o Projeto Universidade Viva Comunidade (1998), apoiado e financiado pela Pró-Reitoria de Extensão da UNICAMP que tinha o objetivo de inserir alunos de graduação em medicina através de parcerias com profissionais de centros de saúde de Campinas na formulação e na implementação de projetos de ação comunitária tendo como foco a educação em saúde, a participação social e a cidadania.

Na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, como representante discente, vivenciei os primeiros movimentos internos de avaliação do ensino de graduação em medicina, inicialmente inseridos no projeto CINAEM e depois nos primórdios da Reforma Curricular, atualmente em curso adiantado de implementação. Na DENEM, participei da gestão nacional do movimento estudantil de medicina como Coordenador da Regional Sul II (estados de São Paulo e Paraná). Trouxemos o Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM) de 1998 para Campinas, numa parceria inédita entre os estudantes de medicina da UNICAMP e da PUC-Campinas. Para isso, contamos com

apoio do Sindicato dos Médicos de Campinas e Região (SINDIMED). Nessa época, foram muitos os fóruns promovidos para discussão da formação médica com participação interinstitucional, inclusive com participação de gestores do SUS.

As vivências dessa militância influíram de forma decisiva na minha vida profissional, ampliando horizontes em múltiplos sentidos, fazendo perceber e procurar meu lugar de luta. Talvez por uma compreensão muito intuitiva do cenário conjuntural da saúde no País, ao final da década de 90, as perguntas que me passaram a ocupar os pensamentos eram: Como se faz acontecer Universalidade, Equidade e Integralidade no cotidiano dos serviços de saúde? Como seria organizado um serviço de saúde no qual acontecesse a co-produção de saúde e de sujeitos autônomos? Como seriam esses profissionais de saúde e esses usuários que co-produziriam saúde e autonomia? Essas questões me levaram a priorizar a militância profissional no cotidiano dos serviços.

Em 2000 terminei a graduação. Na residência médica, optei pela especialização em Saúde da Família e Comunidade, programa novo na FCM - UNICAMP, do qual fui aluno da primeira turma de residentes. Esse curso trazia uma proposta de formação de profissional médico generalista avançada para a época, muito embora no sul do país e no Rio de Janeiro já houvesse tradição de mais de 20 anos, na Medicina Geral e Comunitária. O meu interesse era aprofundar a formação clínica mantendo espaços de reflexão e contato com serviços de saúde que pudessem proporcionar, ao mesmo tempo, espaços de experiência em Saúde Coletiva e gestão.

Após a residência (2002-2003), trabalhei no Programa Paidéia de Saúde da Família em Campinas. Já tinha contato com essa estratégia e com o “Método Paidéia” desde 2001, em razão da residência médica na UNICAMP e pela minha proximidade com o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da FCM - UNICAMP, desde 1996.

Em agosto de 2003 regressei para o município de Amparo, onde já havia estagiado como residente. Trabalhei como médico de família até março de 2005, quando iniciei o mestrado em Saúde Coletiva. Nesse período fui gestor da unidade de saúde da família Pinheirinho/Centro, que abrigava duas equipes de saúde da família (eu era médico de uma delas), e abrangia um território de 2.200 famílias e aproximadamente 8.000 pessoas já cadastradas, com estimativa de população total de 12.000 pessoas.

Nessa experiência tive contato constante com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde e fui responsável por vários processos de capacitação de trabalhadores de saúde, em especial de agentes comunitários de saúde e um processo de educação em saúde para funcionários de pré-escolas do município.

Paralelamente ao trabalho na atenção básica, fui médico plantonista do pronto socorro do Hospital Beneficência Portuguesa de Amparo, conveniado ao SUS, durante três anos. Neste período entrei para o corpo clínico desse hospital e me tornei coordenador da Clínica Médica e do Pronto Socorro por um ano e meio.

No final de 2003, em função das experiências de treinamento de agentes comunitários em Amparo, fui convidado pelo município de Jacareí (SP) para prestar serviço de consultoria no Programa de Educação Permanente para Profissionais de Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família. Nesse Programa, minha tarefa era desenvolver um treinamento introdutório para todas as equipes multiprofissionais de saúde da família. A idéia era inserir os trabalhadores de saúde no contexto do modelo e da estratégia de atenção à saúde proposta de forma singular para o município. Além disso, pretendia-se inaugurar o processo de educação permanente que contava com outros mecanismos, além de capacitações, tais como a constituição de uma equipe de apoio/supervisão e mudanças no modelo de gestão na saúde. No período de 2005 e 2006 desenvolvi trabalho semelhante no município de Pindamonhangaba, também na região do Vale do Paraíba (SP), com participação de aproximadamente 260 trabalhadores de saúde e promoção social (da atenção básica e de alguns centros de referência), atividade que apresento em parte nesta investigação.

O conjunto das experiências profissionais e de militância foram abrindo novas possibilidades de inserção e de vivência e, junto, outras necessidades se impuseram e me levaram a buscar, cada vez mais, conceitos e referenciais teóricos que pudessem sustentar esse crescimento. É nesse contexto que surge o desejo e o interesse pelo Mestrado em Saúde Coletiva.

Portanto, esse trabalho é o resultado de reflexões e experiências surgidas da minha prática profissional e militante. Um pesquisador intensamente implicado com seu objeto de investigação.

O leitor notará que não busquei uma abordagem específica das práticas médicas ou das práticas de enfermagem ou de qualquer outro núcleo profissional específico. A escolha por essa abordagem seguiu a mesma estratégia desde a concepção do projeto, passando pelas atividades de campo e pela sua conclusão: abordar a prática de profissionais de saúde inseridos em equipes nos serviços de saúde e não a prática desse ou daquele profissional. Não se pretende, com isso, algum tipo de totalização ou de generalização das conclusões sobre o trabalho dos profissionais de saúde. Procedi a uma discussão sobre as práticas de saúde de um grupo de profissionais que participaram deste estudo. De qualquer modo, esses trabalhadores estão contextualizados em territórios que apresentam regularidades de condições e situações presentes em outros contextos dos serviços de saúde públicos no Brasil, mas também vivem processos singulares segundo alguns aspectos. Caberá ao leitor achar-se mais ou menos inscrito nesses territórios, segundo seus próprios processos de análise, conforme o que encontrará descrito nestas páginas. O meu compromisso foi o de detalhar, o melhor possível, os caminhos de produção e de reprodução das práticas de saúde, com o objetivo de contextualizar os processos vividos, possibilitando o acesso do leitor a esses territórios.

No trabalho são considerados profissionais de saúde: os médicos, todo o profissional de enfermagem, os profissionais que atuam na saúde bucal, os que atuam na saúde mental, os agentes comunitários de saúde, mesmo não tendo formação específica, os trabalhadores que atuam na recepção em serviços de saúde, mesmo que funcionários originariamente lotados em outro setor que não a saúde (administração, por exemplo), e todos os trabalhadores que atuam no papel de profissionais de saúde, desde que inseridos no contexto dos serviços.

Pretendo discutir a contribuição do projeto terapêutico singular (PTS) na organização de serviços e do processo de trabalho de equipes de trabalhadores de saúde. As questões aqui discutidas estão ambientadas na atenção básica, em especial nas modalidades que incorporam o arranjo das Equipes de Referência (Carvalho e Campos, 2000), por serem úteis ao intento e traduzirem a minha experiência nos últimos cinco anos.

Com esse intuito, no Capítulo 1 explico o marco teórico que parte de concepções da Saúde Coletiva e discussões sobre ciência e senso comum na pós-modernidade. Também discuto questões cruciais no debate dos modelos de atenção e

de gestão em saúde, tais como os Arranjos e Dispositivos de Gestão e As Equipes de Referência. As questões discutidas convergem para um percurso que procura recompor o caminho seguido para a compreensão do conceito de Projeto Terapêutico Singular, discutido ao final deste capítulo.

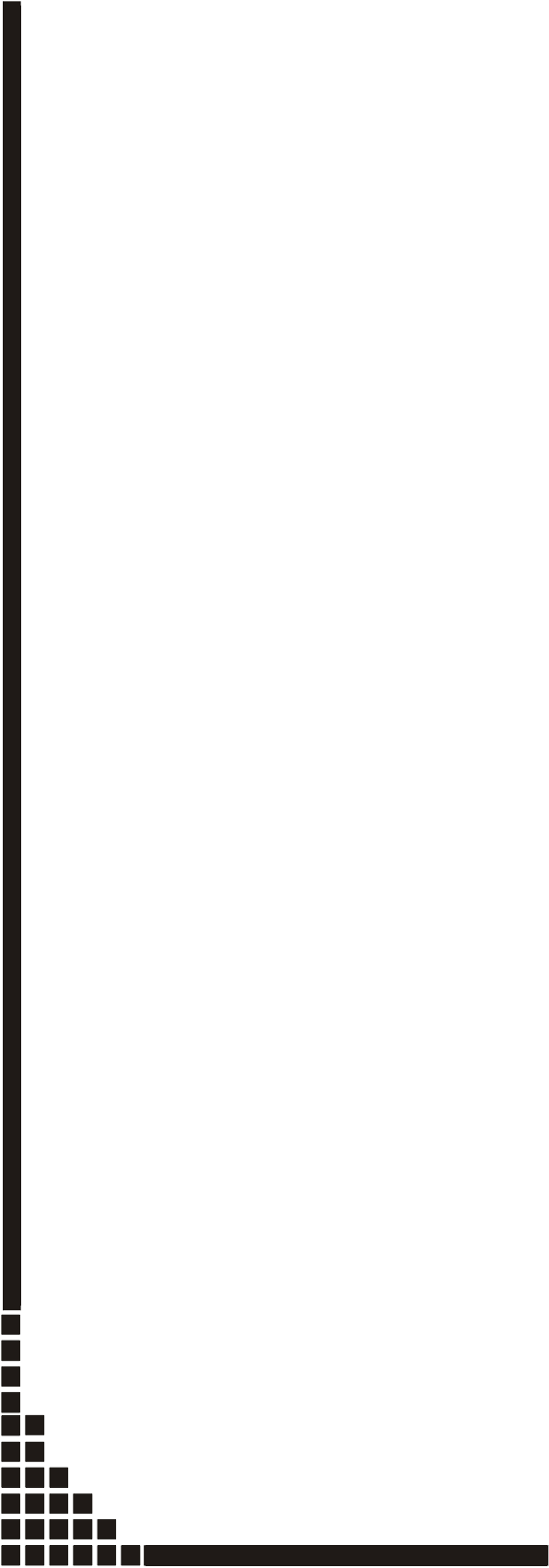
No Capítulo 2 reconstruí o caminho das práticas e das reflexões teóricas que me levaram a formulação de uma Proposta de Operacionalização do PTS, a qual é apresentada em detalhes no Capítulo 3. Ainda no Capítulo 2 os conceitos de Vulnerabilidade, de Risco e de Território são discutidos mais a fundo.

O Capítulo 3 explicita uma proposta de operacionalização do PTS construída em atividades de educação permanente com trabalhadores da rede básica e no desenvolvimento de projetos terapêuticos em unidades de saúde.

No Capítulo 4 abordo as questões metodológicas, tais como desenho investigativo, atividades de campo e técnica de análise dos dados empíricos. Esse movimento pretende explicitar os caminhos de construção tomados para definir o projeto investigativo.

Os Resultados e a Discussão compõem do Capítulo 5. Os trechos transcritos de oficinas e outras atividades de campo servem de provocação tanto ao pesquisador quanto ao leitor para as reflexões que se seguem, sempre procurando relacioná-las com os objetivos propostos no projeto de pesquisa.

E, finalmente, o Capítulo 6 encerra com as Considerações Finais que destacam questões importantes a serem aprofundadas, surgidas no processo investigativo, e perguntas que demandam novos estudos.



Introdução

No caminho da construção do SUS

O contexto político dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS, marcando seu percurso por adversidades. A ideologia predominante do “Estado Mínimo” contribuiu para o crônico sub-financiamento, para a precarização da remuneração e das relações de trabalho e para as “soluções” propostas pela via da privatização, marcas do período. Apesar disso, aconteceram avanços incontestáveis: A inclusão social por meio do acesso aos bens e serviços de saúde ampliou-se e as várias experiências locais e regionais de sucesso que eclodem por todo o país vêm dando sinais do “SUS que deu certo” (Santos, 2007).

Todavia, o aumento das coberturas de acesso, principalmente na atenção básica efetivada pela implementação da estratégia de saúde da família nos municípios, não significou, na mesma medida, aumento de resolutividade dos problemas de saúde em todos os níveis de atenção. Com a ênfase dada ao princípio da Universalidade sem a garantia de Equidade e de Integralidade, atualmente vivemos o paradoxo de áreas ao mesmo tempo “cobertas” pela presença de uma unidade de saúde, mas desassistidas pela absoluta insuficiência de recursos e de capacidade resolutiva. As periferias das grandes cidades são provas vivas desse paradoxo. Há um descompasso entre a crescente demanda e a velocidade de implementação de ofertas de bens e serviços de saúde, os quais ainda são de qualidade abaixo da necessária. A regionalização entre os municípios é ainda incipiente. Os serviços especializados e hospitalares, salvo algumas experiências focais, não se articulam com o restante da rede de serviços, persistindo os modelos de gestão e de atenção que não coadunam com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, as demais políticas sociais sofrem a mesma desconstrução aprofundando as insuficiências no setor saúde.

Nos serviços de atenção básica as equipes de profissionais enfrentam dificuldades em organizar seu trabalho. Compor-se e manejar-se enquanto equipe, estabelecer equilíbrio entre atividades de acolhimento e atividades planejadas, discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica com centralidade no sujeito (usuário) são atividades que têm sido deixadas de lado em função do cumprimento de tarefas, de uma forma mecânica, como “dar conta” da “demanda espontânea” que procura as Unidades Básicas de Saúde e do atendimento ambulatorial tradicional por “programas”, condenando os serviços ao funcionamento burocratizado e médico-centrado.

Mesmo nos contextos em que essas questões são superadas, a durabilidade dessas mudanças geralmente se torna refém do cenário político loco-regional, sofrendo com suas flutuações. Nessa perspectiva é comum encontrarmos uma situação de “mediocrização da prática clínica” (Merhy, 1998), na qual os sujeitos são objetivados em sua dimensão de corpo doente, em que sua importância se encerra no olhar técnico e normativo dos “experts” da saúde. Decorrente de todos essa problemática surge “um desencantamento com o SUS”, na forma de descrédito quanto à capacidade do movimento sanitário, dos políticos, dos gestores, dos profissionais, entre outros, para “transformar em realidade uma política tão generosa” (Campos, 2007).

No esforço de transformar esse contexto, vários arranjos e dispositivos organizacionais têm sido discutidos como meios de reformular o processo de trabalho dessas equipes, tendo como objetivo o resgate da função teleológica dos serviços de saúde (Campos, 2005). Neste intuito, essa compreensão de finalidade pode ser relativa à sua capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e de seus direitos (Paim et al., 1998; Teixeira, 1999; Cecílio, 2001; Starfield, 2002; Lampert, 2003; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Santos, 2007) ou, por outro caminho, pode ser explicitada na idéia do objetivo-fim na co-produção de saúde e de autonomia (Campos, 2005). Isso terá conseqüências nos modos de formulação das práticas de saúde, conforme abordaremos mais adiante neste trabalho.

Entretanto, tal esforço não pode se restringir ao “incrementalismo” (Santos, 2007), furtando-se de compor linhas de ação em contraposição/resistência à manutenção do *statu quo* descrito aqui em linhas gerais. Assim, a reformulação do processo de trabalho em saúde deve produzir novos acontecimentos na saúde, provocar mudanças nos sujeitos e nos contextos que, por mais que se operem no espaço micropolítico, abriguem no seu interior dispositivos capazes de gerar mudanças no instituído.

Nesse sentido que procuro explorar as potencialidades do Projeto Terapêutico Singular (PTS) utilizado ora como dispositivo, ora como arranjo e, outras vezes, como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde na atenção básica. O PTS compreendido como modelo de práticas de saúde singularizantes, ou Processos de Singularização da Atenção à Saúde, traz novas perspectivas e possibilidades de co-produção de sujeitos e seus contextos.



Capítulo 1
O Marco Teórico-Conceitual

As Práticas de Saúde: práticas sociais

Para circunscrever a idéia de práticas e funções sociais das práticas de saúde inicio o percurso com o modelo de pensamento que Donnangelo (1979) utilizou em seu trabalho de livre-docência¹ publicado no livro “Saúde e Sociedade”, no qual parte da medicina comunitária para discutir a prática médica como prática social.

Donnangelo referiu-se a medicina comunitária como projeto de organização da prática médica, em termos da constituição de uma forma de articulação entre as organizações encarregadas das práticas de saúde e os grupos sociais a que se destinavam. Naquele texto, a autora definiu medicina como “conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social”. O conceito de social ali inscrito estava centrado nas concepções de necessidades de saúde, pobreza, carência, saúde e bem-estar como direito; questões relativas aos modos de articulação entre medicina e sociedade. Essa definição da medicina, que foi sinalizada pela própria autora como uma simplificação, permitiu visualizar as práticas médicas como processo histórico de transformações que se processam nos meios de trabalho médico, predominantemente, na perspectiva da diversificação tecnológica progressiva calcada em bases científicas. Muito embora tenha dito que a historicidade dos meios de trabalho não se esgota na idéia de desenvolvimento científico-tecnológico, a qual afirma não ser a mais importante (p.16).

Sobre a aproximação práticas de saúde e desenvolvimento tecnológico, em especial o desenvolvimento científico-tecnológico, Gonçalves (1994) chamou atenção para a vinculação da questão tecnológica como incorporação do “novo” viabilizado pelo progresso científico. Salientou que a noção de ciência aí empregada possibilita considerá-la como motor exclusivo da qualidade de vida humana. Nesse sentido, ocorre uma “generalização” tendencial do consumo dos produtos obtidos através do uso das “novas” técnicas. Esse processo geraria possibilidade de satisfação de expectativas de consumo e a incorporação de meios de produção que, “se sempre interessam do ponto de vista do

¹“Medicina e Estrutura Social (O Campo da Emergência da Medicina Comunitária)”, tese de livre-docência defendida em agosto de 1976 e publicada, na íntegra, no livro: Saúde e Sociedade, de Maria Cecília Ferro Donnangelo e Luiz Pereira, Ed. Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1979.

capital, nem sempre correspondem a necessidades unívocas de todos os setores da sociedade” (p. 17).

O discurso das noções de progresso técnico ou de desenvolvimento tecnológico, segundo esse autor, tem cunho ideológico e permite afirmar que o termo *tecnologia*, assim tomado sumariamente como conjunto de meios técnicos da produção, procede ao mesmo tempo a uma “representação pragmática e ‘fetichizada’ da realidade”, que é conseqüência da consideração das formas empíricas imediatas assumidas pelo real (“as aparências fenomênicas”) como núcleo essencial e equivalente ao seu conhecimento. O uso do termo ideológico pretendeu destacar que essa concepção “ilusória”, quando referida às “concepções globais e particularizadas que se elaboram a respeito da totalidade social”, marca posição dos “interesses particulares definidos por situações de classe” (p.20).

Essas concepções sobre os modos de articulação entre Saúde e Sociedade estão inseridas num contexto histórico que, ao mesmo tempo em que as torna possível, as restringe, marca seus limites, suas proximidades e suas identidades com outras concepções afins ou antagônicas. Cria-se, desse modo, o discurso da medicina que articula dentro de si modos de operar sentidos e posicionamentos políticos, ideológicos e técnicos, passíveis de entendimento naquele cenário. Visto assim, as práticas de saúde são práticas sociais que explicitam a operacionalização de concepções mais amplas sobre as coisas, o mundo e os homens que, ao mesmo tempo em que as orientam, as subjugam num certo contexto de possibilidades limitadas, num determinado território. Para Donnangelo (1979), a medicina, numa primeira aproximação, pode ser vista como prática técnica que manipula instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre o corpo e o meio físico, que responde a exigências que se definem à margem da própria técnica, no contexto da organização das práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas nas quais se inclui. Essas exigências definem a presença e o dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera e da forma de destinação dos seus produtos.

A partir desse referencial é possível afirmar que as práticas de saúde são práticas sociais operadas por profissionais de saúde. É desse lugar, no qual as práticas de saúde se articulam com as demais práticas sociais submetendo-se as exigências do

“todo organizado das práticas sociais”, que são reguladas suas possibilidades de produção e de reprodução do instituído. Este é o “ponto estratégico do qual melhor se pode apreender o seu caráter histórico” (Idem, p.15). Dessa forma, torna-se possível conceber práticas de saúde que representam determinadas concepções de saúde, de cidadania, de Estado, de política e de direito, na forma de operacionalização de um modelo de atenção e de gestão em saúde. Nesse sentido, a emergência de uma prática de saúde coincide com uma determinada forma de articulação das questões da Saúde na Sociedade.

Esse referencial também toma em consideração a determinação social dos objetos das práticas médicas, ultrapassando a perspectiva do biológico. Cogita, portanto, a construção histórica da prática médica como prática social que pode ser explicada, pelo menos de forma parcial, a partir da compreensão do modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, político e econômico (Donnangelo, 1979, p.28-29). A noção de objeto passa também pela consideração dos segmentos sociais, em termos de estrutura de classes, a qual se destinam as práticas médicas (p.31).

No percurso da pesquisa tornou-se importante um esforço pela busca de rotas alternativas ao pensamento de cunho estruturalista. A armadilha criada nesse modo de pensar é que todo o processo de mudança passa por intervenções no modo de produção e na estrutura da sociedade de classes, considerando apenas os mecanismos de dominação estáveis, contínuos e no sentido do geral para o particular. Essa abordagem considera secundários os elementos conscientes e inconscientes dos sujeitos individuais e coletivos, como portadores de desejos e de interesses, os quais podem ter capacidade de reforço ou de resistência com relação aos mecanismos de poder advindos do contexto geral. Um projeto de pesquisa que pretende propor mudanças na organização dos serviços a partir de determinadas práticas de saúde, como práticas sociais, nos contextos locais, nos micro-espacos dos serviços de saúde, teria dificuldades de situar-se estritamente sob esse referencial estruturalista. Um caminho auspicioso de aprofundamento dessa temática, reconhecendo e procurando superar os caminhos abertos por autores como Donnangelo e Gonçalves, está na temática do poder em Foucault (2005a [1979]).

Este autor ultrapassa a concepção de poder associada à noção de soberania estatal, tradicionalmente localizado nos aparelhos de Estado e a serviço dos interesses das classes dominantes. Segundo esse autor, poder não é uma instituição ou uma estrutura, “mas um lugar estratégico onde se encontram todas as relações de forças poder/saber”. Essas relações podem ser “entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre os pais e as crianças, na família”. Na sociedade o poder estaria nos milhares de pequenos enfrentamentos, “micro-lutas”, as quais, ao mesmo tempo em que são freqüentemente comandadas ou induzidas pelos grandes poderes de Estado, ou pelas grandes dominações de classe, no sentido contrário, uma dominação de classe ou uma estrutura de Estado só é possível se houver essas pequenas relações de poder. Nesse sentido, a estrutura do Estado se enraíza nas “pequenas táticas locais e individuais que encerram cada um entre nós”. Foucault trata das relações de poder como relações de força, enfrentamentos, sempre reversíveis. Haveria, dessa forma, em todas as relações de poder, possibilidades de resistência, a qual incita uma resposta no sentido da manutenção da relação de poder de intensidade estabelecida conforme a força da resistência oferecida. Assim, não haveria apenas uma dominação geral e contínua, mas uma “luta perpétua e multiforme”, repleta de possibilidades de resistência (2006b, p. 231- 232).

Geralmente, pode-se dizer que há três tipos de lutas: contra as formas de dominação (étnicas, sociais e religiosas); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que prende o indivíduo a si mesmo e, desta forma, o submete aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão). Acredito que na história podemos encontrar muitos exemplos destes três tipos de lutas sociais, isoladas umas das outras ou misturadas entre si (Foucault, 1995, p.235).

Esse entendimento permite ampliar as concepções sobre a determinação social do processo saúde doença e pensar novos arranjos em termos de práticas de saúde que representem acontecimentos (dispositivos), inicialmente na forma de processos singulares, com potência para mudar ou reforçar o instituído. Esses acontecimentos poderiam significar rearranjos de poder, seja no sentido da opressão, da resistência e/ou da mudança.

No sentido foucaltiano de poder, que está em todos os níveis de relações humanas - não necessariamente na macro ou na microestrutura – parece-me possível dizer que não se pode prever de onde parte a emergência de uma nova prática de saúde, se de uma nova operação micropolítica ou técnica, ou se na dimensão dos determinantes sociais universais da superestrutura.

Parto desse enunciado para afirmar que a emergência de novas práticas de saúde ou de novos modos de articulação Saúde-Sociedade pode surgir como acontecimento em qualquer ponto entre o micro e o macro. Estes representando pólos de observação; de determinação/estrutura social, cultural, econômica; de poder/política; de saber; de ciência; de modos de explicar o mundo; de desejos e de interesses. Esse entendimento permite ampliar a compreensão das práticas de saúde, enquanto práticas sociais, abrindo perspectivas para se pensar novas práticas e novas formas de organização destas, em termos da gestão das relações de trabalho.

As Necessidades de Saúde, a Problemática Demanda-Oferta e Articulações entre Saber e Práticas de Saúde

No cotidiano dos serviços de saúde há um tensionamento constante entre as demandas feitas pelos usuários e a capacidade de resposta dos profissionais, os quais estão inseridos nas “portas” do sistema de saúde. Há um entendimento de que os usuários representam “traduções” de necessidades de saúde mais complexas que são “travestidas” num pedido específico – a demanda (Cecílio, 2001). Todavia, se considerarmos que costumeiramente as ofertas de serviços realizadas pelos profissionais de saúde (vínculo, acolhimento, atendimentos, procedimentos, etc.) são apresentados como produtos desses serviços de saúde, quantificáveis (inclusive por parâmetros de produtividade), ocorre que esses “produtos” freqüentemente são confundidos com as próprias necessidades de saúde. Campos (2005) discute essa questão em termos do conceito de Valor de Uso das práticas de saúde. Na sociedade capitalista o conceito marxista de valor de uso “expressa a utilidade do produto e permite seu consumo”. Essa utilidade é proporcional à suposição de que o produto em questão pode responder a necessidades. Valor de uso, portanto,

não equivale a necessidade social. Os produtos (bens e serviços/práticas) são meios com capacidade potencial de atender necessidades sociais. Entretanto acontece que na sociedade capitalista, freqüentemente, os produtos são ofertados como se fossem equivalentes às necessidades, manobra ideológica que parte dos interesses do capital, transformando meios em fins. Esse caminho poderia explicar de que forma o consumo de consultas médicas, a realização de exames e o consumo de medicamentos passam a ser vistos como sinônimos de Saúde em si mesmos. Assim sendo, há um desafio a ser enfrentado: promover o descolamento do valor de uso dos bens e serviços da idéia direta de atendimento a necessidades sociais. Esse descolamento desvincularia a idéia de atendimento das necessidades de saúde dos parâmetros de produtividade de procedimentos. A oferta de serviços não é sinônimo de produção de saúde.

Entretanto, o desafio não é pequeno, nem tampouco simples de ser compreendido e enfrentado. É preciso levar em consideração a complexidade das questões em disputa pelos atores sociais implicados: as experiências de sofrimentos corporais e subjetivos; a ontologia das doenças conhecidas e legitimadas pela ciência biomédica; o arcabouço jurídico acerca dos direitos e deveres dos indivíduos com problemas de saúde e dos profissionais de saúde (Camargo Jr., 2005); as representações sócio-culturais do processo saúde-doença-intervenção adjacentes a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, a uma multiplicidade de processos de produção de subjetividade (Guatarri e Rolnik, 2005). Todo esse emaranhado de inter-relações complexas convergem no momento em que um sujeito portador de necessidades “demanda” ações, intervenções, bens, práticas de um profissional de saúde que está em um serviço, supostamente, para atender a essas necessidades.

Outro obstáculo a essa empreitada é o predomínio de uma visão que imprime um grau de exterioridade das necessidades sociais em relação aos sujeitos concretos, como se fossem resultados de uma dinâmica histórico-social que não inclui os desejos e os interesses de sujeitos. Estes “mais sofrem suas conseqüências do que as comandam em cada situação específica”. Sob esse prisma, as “instituições – o mercado, o Estado, a medicina, etc. – aparecem ao Sujeito com o peso de um determinante Universal”, transcendente a ele mesmo (Campos, 2005, p.76).

Decorre do que foi dito anteriormente que, se há freqüentemente uma equivalência entre o valor de uso das práticas e as necessidades de saúde às quais essas práticas têm potencial para responder também existe, no momento da demanda, uma equivalência entre consumo de determinadas práticas consideradas pelo sujeito demandante como portadoras de maior valor de uso e a satisfação de suas necessidades. Misturam-se, nesse sentido de “satisfação”, questões particulares, subjetivas, projetivas e gerais do contexto social. Tudo isso me leva a afirmar que é preciso superar o discurso demasiado otimista e superficial que coloca no usuário sempre o papel demandante de práticas mais humanizadas para solucionar ou aliviar seus sofrimentos, o que freqüentemente é dito por autores da Saúde Coletiva. Se o usuário ocupa efetivamente o lugar de sujeito-usuário, parece-me necessário considerar que é possível e freqüente que, por múltiplos fatores, incluindo aí o desejo de consumo, haja demanda por práticas desumanizadas, iatrogênicas, potencialmente danosas. Pode-se opinar que esse aspecto não é “lógico”, baseado em algum argumento de “autopreservação”, mas certamente é humano e freqüente no cotidiano dos serviços de saúde. Frente a uma situação como essa, o profissional de saúde não deve e não pode omitir-se.

Ocorrem, no encontro das demandas com os serviços de saúde, múltiplos processos de dissociação entre demanda, práticas de saúde e satisfação de necessidades de saúde. Esses processos são produzidos pela reprodução da equivalência valor de uso/necessidade social. A demanda declarada do sujeito-usuário busca o consumo de bens e serviços de saúde portadores de valor de uso. Os profissionais de saúde quando respondem apenas e superficialmente a demanda pelo consumo reforçam a voracidade desta, seja por razões internas ou externas ao contexto imediato dos serviços e deles mesmos e podem passar, progressivamente, a organizar o seu processo de trabalho em função da produção de ofertas que procuram aplacar o insaciável desejo de consumo dos usuários. Nesse processo, o volume da demanda é crescente e a resolução das necessidades de saúde, sob qualquer análise que se faça, é cada vez menor. Exemplos desse processo são os serviços de pronto atendimento (PA) que reproduzem predominantemente o atendimento do tipo “queixa-conduta” (Gonçalves, 1994).

Conseqüência desse caminho de pensamento: para retornar no processo de dissociação descrito e fazer com que as práticas de saúde atendam a necessidades sociais é preciso responder a duas questões: (1) De quem é o papel de decodificar demanda em termos de necessidade de saúde? (2) Quem determina quais são as necessidades? Responder a essas perguntas também se mostra tarefa complexa envolvendo inúmeras armadilhas.

Falar de “reais necessidades de saúde” é um jargão que configura uma dessas armadilhas que freqüentemente capturam pensadores do campo da saúde. A qualificação de “real” para necessidade de saúde, que tem mais o sentido de “verdadeira”, só é possível quando se parte do princípio de que existe alguém ou algum processo (técnico) com capacidade de discernimento entre “real/verdadeiro” e “ilusório/falso”. Do ponto de vista foucaultiano,

[...] A verdade é deste mundo; ela é produzida nele e graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade; isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instancias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (Foucault, 2005a [1979], p. 12).

Na sociedade ocidental a tradição positivista toma a ciência como caminho para a verdade, a qual deve ser obtida por métodos de “neutralidade”. Essa concepção declara a ciência como aparelho privilegiado da representação do mundo, o que Boaventura de Souza Santos (1989) chamou de “dogmatização da ciência”. Nessa ciência dogmatizada, o conhecimento científico opõe-se ao do “senso comum” (Bachelard apud Souza Santos, 1989) o que configura a “primeira ruptura epistemológica”. Essa ruptura interpreta “o modelo de racionalidade que subjaz ao paradigma da ciência moderna”. Supera, nessa interpretação, “as epistemologias idealistas e empiristas que durante muito tempo mediram

forças no campo epistemológico”. Entretanto, essa ruptura só é compreensível dentro deste paradigma, o qual se constitui em oposição ao senso comum recusando os saberes da vida e da convivência. Nesse paradigma, a “relação eu/tu é convertida em relação sujeito/objeto, uma relação feita de distância, estranhamento mútuo e de subordinação total do objeto ao sujeito”. O conhecimento científico passa a ser o único conhecimento válido e baseia-se nas idéias de objetividade/neutralidade, nas dicotomias teoria-prática e ciência-ética, nas “verdades” além das aparências, a verdade “nas costas dos objetos”. Há clara distinção entre o “relevante” e o “irrelevante” e este último a ciência teria o direito de “negligenciar”.

[...] Um paradigma que avança pela especialização e pela profissionalização do conhecimento, com o que gera uma nova simbiose entre saber e poder, onde não cabem os leigos, que assim se vêem expropriados de competências cognitivas e desarmados dos poderes que elas conferem; um paradigma que se orienta pelos princípios da racionalidade formal ou instrumental, irresponsabilizando-se da eventual irracionalidade substantiva ou final das orientações ou das aplicações técnicas do conhecimento que produz (Souza Santos, 1989, p.35).

Nesse paradigma o profissional de saúde especialista (portador do conhecimento científico) deve assumir a função de fazer a leitura das demandas e traduzí-las em termos de “reais necessidades de saúde”. O usuário, nesse contexto, não passa de demandante e como “leigo” não é detentor de saberes “válidos”. Em função disso, o “expert” (Lupton & Petersen, 1996) detém o poder de eleger as necessidades de saúde “relevantes”, definir/priorizar/planejar/implementar ações/intervenções, definir os “estilos de vida saudáveis” e enquadrar as demandas em conjuntos de práticas de saúde pretensamente formuladas a partir do conhecimento científico. São exemplos dessa formulação o planejamento normativo em saúde (método CENDES/OPS da década de 60) alicerçado pelo conhecimento científico epidemiológico. Esse referencial não só possibilita, como também estimula, todo o tipo de práticas prescritivas², tais como a educação em

²O termo prescrição como em Paulo Freire (1987[1970]), significa a “imposição da opção de uma consciência a outra”. A consciência recebedora da prescrição se torna “hospedeira” da consciência opressora. Dessa forma, o comportamento dos oprimidos tem origem em “pautas estranhas a eles – a pauta dos opressores;” o que transforma o comportamento dos oprimidos “um comportamento prescrito” (Freire, 1987, p. 34).

saúde de cunho “bancário” (Freire, 1987) e a “função apostólica” na prática médica descrita por Balint (1988).

Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar e, além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os pacientes (Balint, 1988, p.186).

Campos (2005) sugere como saída uma reflexão crítica nos coletivos sobre as políticas, os projetos, os programas, os modelos e as práticas, como meios para o atendimento de necessidades sociais e como valores de uso produzidos. A partir dessas análises, dever-se-ia autorizar os coletivos a reconstruir as organizações e os processos produtivos. Pôr em discussão, nos coletivos organizados para a produção, os sentidos e os significados do trabalho e as implicações dos sujeitos nesses processos. Essa sugestão implica em reformulação, em novos arranjos de gestão, em processos de co-gestão efetivos, envolvendo a criação de *settings* apropriados, e o uso de dispositivos potentes capazes de gerar reflexão/ação para desconstruir as práticas prescritivas/objetivantes no seio dos processos de interação entre os profissionais de saúde, os gestores e os usuários. Todavia, esses processos podem não acontecer de forma espontânea, necessitando de metodologias de apoio externo realizadas, sempre, sob os riscos da captura autoritária e da geração de dependência.

Camargo Jr. (2005) propõe que a demanda seja vista como “resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências”. Essa concepção parte do princípio de que não há distinção entre demanda “real” e “falsa” colocada a priori. Esta “qualificação” de real ou falsa se daria “ao longo do processo de negociação sociotécnica” com capacidade de traduzir-se em “um tipo de evento redutível ao repertório de intervenções tidas como eficazes” no processo de atenção à saúde ou demandando intervenções de outras ordens (como as intervenções intersetoriais) (p.99).

Coloco-me partidário dos que defendem que não deve haver distinção, *a priori*, da demanda entre “real” e “falsa”, mas esse é um avanço que considero insuficiente.

Não há superação do *a priori* positivista se as intervenções tidas como “eficazes” se organizam na forma de “repertório”. A sujeição das possibilidades de intervenção no campo da saúde à noção de Eficácia pode se configurar em viés positivista, caso dependa de um julgamento “baseado em evidências científicas quantificáveis”, o que só pode ser possível por parâmetros antecipáveis. Se a proposta é fazer uma atenção à saúde para sujeitos, sem objetivá-los, a complexidade e a singularidade desses sujeitos inviabiliza qualquer tentativa de validar, antecipadamente, como “eficaz” determinada intervenção. Isso não significa uma proposta de banir das práticas de saúde qualquer possibilidade de planejamento ou de formulação de um “cardápio de ofertas” de forma antecipada. Apenas quer dizer que todo procedimento, técnico ou não técnico, de “encaixar” uma certa demanda em uma dada oferta pré-concebida (formulada antes do contato com a demanda ou em função de uma série histórica de demandas estudadas) consiste em um processo de *enquadramento*, que sempre é, em algum grau, uma prática prescritiva e, conseqüentemente, autoritária. Lidar com essas questões possibilita a crítica reflexiva sobre as práticas de saúde e a identificação dos processos de captura autoritária, muito freqüentes. Além disso, possibilita que todo o conhecimento e a experiência anterior dos sujeitos (seja trabalhador de saúde, gestor ou usuário) possam ser colocados em suspensão temporária, permitindo a formulação de novas ofertas que levem em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos.

Todo esse percurso realizado até agora nos leva a afirmar que a noção de necessidades de saúde como necessidades sociais é demasiado distante dos sujeitos concretos que interagem nos serviços de saúde. Desse modo, as problemáticas acima discutidas são amplificadas quando se elege a “resolução das necessidades de saúde da população” como objetivo-fim das práticas de saúde.

O Objetivo-Fim das Práticas de Saúde

Um dos modos de definir o objetivo-fim das organizações é entendê-lo como “Missão”. A “racionalidade gerencial hegemônica” mistura os conceitos de Missão e Objetivo Organizacional e com isso, o sujeito-trabalhador acaba submetido ao mercado, pelo “império do Valor de Uso e não somente do Valor de Troca”. As organizações da

saúde quando assumem como Missão o atendimento de necessidades sociais apagam os sujeitos em função dessas necessidades ou da produção de Valores de Uso. Este seria um tipo de dominação, a do “império transcendente do outro”, uma vez que as necessidades sociais são produzidas através de processos “com grande grau de exterioridade ao Sujeito trabalhador” (Campos, 2005, p. 136).

Pinheiro et. al. (2005) defendem a tese de que a demanda e o direito à saúde devem ser vistos como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos, socialmente e historicamente constituídos. Com essa posição pretendem dar visibilidade aos conflitos e as contradições existentes nos encontros da atividade do trabalho em saúde, no embate das muitas vozes sociais que se colocam como enunciadoras de demandas. Essas demandas poderiam ser compreendidas como solicitações de direito dirigidas aos serviços de saúde, também socialmente construídas e, muitas vezes, “configuradas num processo histórico de medicalização”. Seria preciso, desse modo, desnaturalizar o modo de conceber as necessidades sociais no campo da saúde e afirmá-la como construção compartilhada a partir da efetividade desse diálogo (p. 20–26).

Tomando o entendimento de que as práticas de saúde deveriam ter como objetivo-fim a resposta a necessidades de saúde, Cecílio (2001) adota uma taxonomia que já se tornou clássica no campo da Saúde Coletiva. Haveria quatro grandes grupos de necessidades de saúde: as necessidades relacionadas às “boas condições de vida”; as necessidades de “acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”; a necessidade de “criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional” de referência e a “necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida” (p.114-115).

Merhy (1998) entende “os graus de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida como Saúde em última instância”. Na discussão sobre a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, coloca esses graus de autonomia como medida de eficácia das ações de saúde (p.105).

Para Campos (2005) o desafio está em possibilitar aos sujeitos-trabalhadores a ampliação de sua capacidade de interferir, de negociar, de co-produzir necessidades sociais e influenciar nos modos de atendê-las (produção de valores de uso). Um dos caminhos sugeridos pelo autor é a construção coletiva de “Objetos de Investimento” do próprio

coletivo que de algum modo se relacionem com os meios de trabalho, os produtos ou com os objetivos de cada organização (p. 136–138). Entretanto, essa construção coletiva não prescinde de objetivos-fins que norteiem o processo de atenção à saúde. A eleição destes cumpre o papel de desenhar uma situação-objetivo clara, geral e ao mesmo tempo concreta. Esse desenho permite o planejamento e a avaliação das intervenções desenhadas, permite calibrar o sentido geral das intervenções criando um vetor, no qual a direção é dada pelo objetivo em si e o sentido depende de valores, estes sim definidores da Missão. Nesse sentido, Campos contribui propondo que seja tomado como objetivos-fins a co-produção de saúde e de sujeitos autônomos.

A noção de "responsabilizar-se" pelo paciente ou pela comunidade, por exemplo. Que implicações, que desdobramentos, haveria se se adotasse o critério de “produção de autonomia entre os clientes como avaliador de qualidade?”. Discutir o modo alienado e fragmentado com que se faz atenção à saúde, a centralidade dos procedimentos, em geral, desligados da discussão mais ampliada de projeto terapêutico (1997, p. 265).

Como forma de compatibilização dos objetos de investimento dos sujeitos com os objetivos-fins do processo de atenção à saúde, o autor sugere a utilização do conceito de Obra como forma de aproximar os sujeitos dos resultados dos seus processos produtivos, contrapondo o sentido da alienação e permitindo o reconhecimento, a valorização e a avaliação dos resultados obtidos.

Neste trabalho tomo como objetivos-fins do processo de atenção à saúde a co-produção de saúde e de sujeitos autônomos. As concepções de Sujeito e de Autonomia serão discutidas mais adiante. Os valores que configuram o sentido de Missão são a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, conforme as concepções incorporadas pelo SUS. Isso quer dizer que esses são os parâmetros que norteiam o desenho de situação-objetivo das práticas de saúde, embora signifique processos diferentes em termos concretos quando se levam em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos.

Para tornar possíveis essas co-produções será preciso conceber que tanto sujeitos-usuários como sujeitos-trabalhadores demandam e ofertam constantemente, modulam as atuações uns dos outros e necessariamente deverá haver um momento de negociação entre essas ofertas e demandas, com atenção às singularidades dos sujeitos envolvidos, seus desejos e seus interesses projetados na forma de objetos de investimento, os quais deverão ser explicitados, o quanto for possível, e também negociados tendo como objetivos-fins do processo de atenção a co-produção de saúde e de sujeitos autônomos.

Sujeito, Singularidade e Autonomia: alguns posicionamentos estratégicos

Parto do entendimento de que esses são conceitos que apresentam grande transversalidade, com elevada importância na formulação e modelos de atenção e de gestão em saúde. São moduladores das práticas sociais tendo capacidade de fazer aparecer qual processo de pensamento e de ideologia as norteia.

O conceito de Sujeito está aqui colocado como algo que é constituído, produzido enquanto Ser complexo, portador de uma subjetividade complexa, mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, seus interesses. Ao mesmo tempo em que está imerso na história e na sociedade, contextualizado, apresenta alguma capacidade de autonomia e possibilidades de reação, uma potência e uma resistência (Campos, 2005, p. 68).

Sobre o conceito de Singularidade trata-se a partir dos “Planos de Co-Produção do Sujeito e do Coletivo” como em Campos (2005). O singular como síntese ou como uma composição distinta e realmente verificável na existência cotidiana dos Seres entre a influência dos determinantes de caráter Universal e o contexto Particular e os interesses exclusivos do Sujeito (p.71).

Singularidade também pode significar “[...] propriedade daquilo que é único” (Japiassú e Marcondes, 2001, p. 249). Sendo único, também pode constituir-se no inesperado, no acontecimento. No olhar da análise institucional, uma das formas de atuar no instituído gerando forças de revisão e de alteração deste está na atuação no singular (Baremlitt, 1992, p. 196).

A idéia de autonomia como autodeterminação é muito difundida. Entretanto, caso se pense autonomia somente nesta perspectiva pode-se cair na armadilha de crer num indivíduo autônomo, auto-suficiente, a-histórico, reduzindo o conceito de autonomia a idéia de livre-arbítrio, conforme já sinalizado por Petersen (1996).

Segundo Chauí (1996), Autônomo, do grego *autos* (eu mesmo, si mesmo) e *nomos* (lei, norma, regra) refere-se àquele que tem o poder para dar a si mesmo a regra, a norma, a lei; autonomia significa autodeterminação. Implica consciência, vontade, atividade, liberdade e responsabilidade.

Neste trabalho o conceito de autonomia será abordado como conceito complexo, relativo e construído sobre processos de interdependência, ou seja, sempre em co-construção. Acreditamos que essa abordagem torna mais inteligível como é possível co-construir autonomia na relação sujeito-profissional de saúde/sujeito-usuário.

A noção de autonomia só pode ser concebida em relação à idéia de dependência [...] Toda a vida humana autônoma é uma trama de incriveis dependências [...] Isso significa também que o conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional. Não digo que quanto mais dependente mais autônomo; não há reciprocidade entre esses termos. Digo que não se pode conceber autonomia sem dependência (Morin, 2005, p. 282).

Considerações sobre o Tema da Clínica

Parto do posicionamento de que “todos os trabalhadores de Saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica” (Merhy, 1998). Considerando sua visão sobre as tecnologias em saúde, Merhy, situa a clínica como “o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras de outras configurações tecnológicas”. As tecnologias leves são aquelas ligadas ao campo das relações e do vínculo, espaço onde opera o “trabalho vivo em ato”, ainda não capturado, não cristalizado em tecnologias mais estruturadas (Merhy, 1997). Neste espaço, todos os trabalhadores de saúde operam e, portanto, agem clinicamente. A clínica comporta a produção de “espaços de acolhimento,

responsabilização e vínculo e estes perdem sentido se não houver um trabalho clinicamente implicado” (Merhy, 1998, p.107).

No mesmo sentido, Campos (2003) aponta o vínculo como recurso terapêutico. Sendo a terapêutica parte “essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir” danos futuros. Defende a idéia de que o vínculo, assim como a responsabilização e o acolhimento fazem parte do arsenal tecnológico da terapêutica e, por conseqüência, da clínica (p.68). Sendo assim, se o acolhimento, a responsabilização e o vínculo, nessa perspectiva, podem ter função terapêutica e fazem parte da clínica. Este trabalho incorpora a idéia de que todos podem produzir ações terapêuticas.

Esse entendimento da clínica é essencial para a discussão de projetos terapêuticos, pois são fundantes da possibilidade de produção coletiva de uma equipe de profissionais de saúde que tem em sua constituição trabalhadores de nível de escolaridade formal e formação variados. Nesse intuito é essencial a superação de uma idéia equivocada de que a clínica e a terapêutica são atribuições apenas dos médicos e/ou de outros profissionais “graduados” no saber acadêmico-científico, ou que, de outro modo, as dimensões da clínica e da terapêutica residem exclusivamente no âmbito das tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 1997). Esse discurso consiste numa tentativa de esvaziar as possibilidades de formulação/engajamento na clínica e na terapêutica desses atores não “graduados”. Frente ao que foi dito, todos os profissionais das equipes de saúde podem participar ativamente e produtivamente (e sem subalternização de seus papéis e proposições) na formulação, na implementação e na avaliação de projetos terapêuticos.

A noção de Clínica Ampliada (Campos, 2003) adequa-se a este trabalho investigativo como clínica que busca a centralidade no sujeito em seu contexto, sem desconsiderar a doença ou os agravos orgânicos, mas incluindo no olhar clínico as diversas dimensões do sujeito. Utilizo também as noções de Clínica Degradada e Clínica Tradicional ou Clínica-Clínica como formas de diferenciação da Clínica. A centralidade no sujeito, buscada na idéia de Clínica Ampliada impõe um desafio fundamental: De que modo é possível transitar entre o conhecimento ontológico dos problemas de saúde, de suas soluções e a singularidade dos casos? Ou de outro modo, se não é possível

(e nem desejável) abandonar todo o saber acumulado sobre as generalidades e as regularidades do complexo saúde-doença-intervenção, como garantir o espaço das singularidades dos sujeitos nos processos de atenção à saúde? Essas questões emergem da certeza de que o conhecimento ontológico não é suficiente para garantir sucesso nas intervenções se o profissional de saúde não for capaz e disposto a reconstruir esse conhecimento em função da singularidade do sujeito-usuário (Campos, 2006).

No desenvolvimento da pesquisa não pretendo questionar mais a fundo a pertinência do termo Clínica Ampliada. Todavia o desafio mencionado tem relação direta com o objeto de investigação deste trabalho. Desse modo, mesmo que não pretendendo respostas definitivas, há uma aposta de que esse trabalho pode trazer avanços para a discussão dessa temática.

Arranjos, Dispositivos de Gestão e Processo de Trabalho em Saúde

A necessidade da criação e implementação de novos arranjos e dispositivos de gestão capazes de viabilizar/disparar processos de mudanças nos modelos de atenção e de gestão é uma constante neste trabalho, já que se propõe o estudo do Projeto Terapêutico Singular, enquanto dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades destes repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos. Faz-se necessário, portanto, um entendimento mais preciso do que são arranjos e dispositivos de gestão, além do conceito de processo de trabalho considerados nesta investigação.

Arranjos são formas de organização da gestão e do processo de trabalho. A experimentação de processos de mudanças nos modelos de atenção e de gestão na saúde está relacionada à institucionalização de arranjos de gestão “como propostas técnicas de uma outra forma de organização da gestão e do trabalho em saúde”. Os arranjos “têm certa estruturação e permanência”, formas de organização que pretendem ser institucionalizadas (Onocko Campos, 2003a, p.125).

Já os dispositivos são dinâmicos. “Buscam subverter as linhas de poder instituídas (p.125-129)”. Um dispositivo é um artifício que pretende, quando acionado, disparar um movimento, uma produção/ação, uma reação, uma reflexão, uma mobilização no outro ou, no caso de um dispositivo de gestão, nos sujeitos individuais ou coletivos inseridos em uma organização. Barembliitt (1996) explicita melhor a noção de dispositivo colocando-o como artifício produtor de inovações que gera acontecimento, inventa o “Novo Radical”. A finalidade de um dispositivo e o processo que ele instaura estão inter-relacionados e implicados. Têm potencial de criar “realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado Real” (p.151).

Alguns arranjos podem se “comportar” como dispositivos ou “abrigar” um em seu interior. Por exemplo, o arranjo das Equipes de Referência, que será discutido mais adiante, pode ser um dispositivo para a construção de vínculo entre trabalhadores e usuários, para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a incorporação da idéia de responsabilização por esses profissionais.

Por outro lado, os dispositivos podem apresentar pontos de contato com o instituído, o que pode, inclusive, facilitar sua implementação. Um exemplo desse tipo de dispositivo é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Considerando que entre os profissionais de saúde é desejada e valorizada a oportunidade de participar de discussões de caso, o PTS utiliza esse *setting*, a discussão de caso, para implementar uma certa forma de planejar e compartilhar a clínica e o processo terapêutico. Sendo assim, o ponto de contato com o instituído no dispositivo PTS é a discussão de caso, que é justamente o que facilita sua implementação.

Os arranjos e dispositivos de gestão muitas vezes são formas de organização do processo de trabalho em saúde. Como base geral adequa-se aos objetivos da pesquisa o referencial marxista do processo de trabalho em saúde, que considera o trabalho como “uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção”. Nesse sentido, “o homem trabalha a partir de um “recorte interessado” do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho” (Merhy, 1997, p. 81).

Para complementar essa referência inicial é pertinente o ponto de vista da esquizoanálise que entende a produção do trabalho como “articulação intrínseca de produção e desejo no campo social” (Matumoto, 2003).

Essa articulação engendra máquinas produtivas desejantes, que em funcionamento libera e corta fluxos, concretizando ações, efetivando a realização do homem como ser inventivo, criador do novo (BAREMBLITT, 1998). É importante assinalar também que a produção desejante não se faz sempre numa perspectiva positiva. Podemos ter produções de subjugação e reprodução, e também até produções fascistas de opressão e repressão (DELEUZE, 1992 *apud* Matumoto, 2003, p. 33].

As Equipes de Referência e o Trabalho Interdisciplinar

A pesquisa foi ambientada em serviços que utilizam o arranjo das Equipes de Referência (ER). A ER consiste em uma equipe de profissionais que se responsabiliza pela integralidade do atendimento a um certo número de usuários, devendo monitorar, acompanhar e ofertar serviços, co-responsabilizando-se pela saúde dos mesmos. Nessa situação, os usuários encontram-se adscritos a um determinado conjunto de referência. No caso, por exemplo, de uma enfermaria hospitalar uma ER se responsabiliza pelos usuários de um conjunto de leitos. Naquela situação de uma ER que é responsável por todos os usuários residentes em um território delimitado diz-se que a ER está territorializada. Em geral, as ER da atenção básica são equipes territorializadas. Nesse sentido, o exemplo mais frequente, mas não único, são as equipes dos Programas de Saúde da Família (Carvalho e Campos, 2000, p.511).

Segundo Campos (1999), a constituição das ER também funciona como dispositivo para aumentar o poder do usuário no cotidiano, quando há padrões de vínculo mais qualificados e duradouros entre profissionais e usuários, isso expõe os graus de compromisso e de competência de cada trabalhador, favorecendo uma forma de controle social mais capilarizada no cotidiano dos serviços de saúde (p.398).

As ER também se destinam a incorporar formas de trabalho em equipe mais participativas e integradas como na concepção de Equipe Interdisciplinar. Utilizo como referências a discussão dos Campos e Núcleos de Saberes e Práticas em Saúde (Campos, 2000) e a definição de interdisciplinaridade de Japiassú (2001).

A concepção de Núcleo diz respeito às “características relativas à identidade de cada Sujeito”. A experiência pessoal, os saberes específicos de cada profissão, habilidades, vocação, constituiriam o núcleo de cada sujeito que interage com o mundo. O Campo seria o espaço de interessão, “um espaço coletivo de luta e composição, em que ocorre a produção de sentido para o coletivo” (Campos, 2000, p.141). O conceito de Núcleo tem utilidade na formulação de crítica à simplificação das noções de transdisciplinaridade que tencionam o fim das diferenças entre especialidades, profissões e o senso comum. Ressalta que há especificidades entre as diferentes áreas do saber, mesmo sendo todas interdisciplinares em algum grau. Propõe que a diferença entre as áreas seja denominada Núcleo. O Campo representaria as áreas de confluência, onde os saberes se fundem e se confundem e por onde a mudança se insinua criando novos Núcleos (p. 235).

Japiassú denomina interdisciplinaridade como etapa do desenvolvimento do conhecimento científico e de sua divisão epistemológica, na qual as disciplinas científicas, em seu processo de interpenetração, enriquecem-se reciprocamente. Seria o que torna possível a “complementaridade dos métodos, dos conceitos [...] e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas”. A interdisciplinaridade se diferencia da multi ou pluridisciplinaridade, pois nestas há justaposição das disciplinas, sem relação entre si, sem uma coordenação num nível superior (Japiassú & Marcondes, 2001, p.145). Na interdisciplinaridade a integração entre as disciplinas é permitida, facilitada e orientada pela existência de uma temática comum a todas as disciplinas, com a qual elas deverão observar o objeto (Silva, 1999, p.7).

A discussão da interdisciplinaridade a partir da temática dos campos e núcleos de saberes me leva a defender a idéia de que há conhecimentos/saberes diferentes e não necessariamente maiores e menores, superiores ou inferiores, mais ou menos importantes, apenas diferentes. Sob esse prisma, é mais plausível a troca de saberes, de experiências e também a formulação de novos saberes na interação dialógica entre profissionais de saúde e usuários.

O Projeto Terapêutico Singular: do que se fala e como chegamos

O conceito de projeto terapêutico pode assumir vários aspectos, segundo diferentes autores. Para produzir uma contextualização da sua definição faz-se necessário percorrer os vários olhares sobre o tema. O percurso que fiz não segue as cronologias das produções dos autores, o intuito não é historiar a origem do Projeto Terapêutico Singular e sim mostrar ao leitor o caminho que percorri para a construção de um entendimento sobre esse conceito.

Iniciaremos por uma perspectiva mais ampla do projeto terapêutico como expressão operacional dos modelos de atenção e nas práticas de saúde em Merhy (2000). Segundo este autor o projeto terapêutico traduz o modo como um modelo de atenção à saúde equaciona a capacidade de produzir certas práticas de saúde com o mundo das necessidades de saúde, enquanto ação tecnológica em função de um objetivo. Dessa forma, modelos de atenção que seguem a lógica acumulativa do capital não buscariam a defesa da vida individual e coletiva como finalidade. Esses modelos objetivariam a operacionalização de projetos terapêuticos que “permitam o controle de tecnologia de alto custo, nem que isso custe a própria vida do usuário” (p.112-116).

Ainda Merhy desenvolve a discussão sobre o ato de cuidar no chamado Projeto Terapêutico Individual (PTI), no qual todo o profissional de saúde pode ser, ao mesmo tempo, operador do cuidado e gestor do cuidado. Dessa forma, a equipe de profissionais de saúde ao formular e executar um PTI em um determinado serviço de saúde para um determinado usuário ou grupo, articula entre si e com o usuário ao mesmo tempo a operação e a gestão do cuidado. Haveria uma possibilidade de se explorar a cooperação entre os diferentes saberes e o compartilhamento decisório, a partir de um espaço semelhante e equivalente de trabalho em equipe: o núcleo cuidador (1998, p.117). A partir daí, a incorporação de novos objetivos usuários-centrados, através da ampliação das percepções do que sejam as necessidades de saúde legítimas, podem transformar o projeto terapêutico em dispositivo para reformular a formação e as práticas dos profissionais de saúde com centralidade no usuário e não mais no lucro.

Outras percepções a respeito da importância do projeto terapêutico como dispositivo de integração e organização de equipes de profissionais da saúde estão no campo da saúde mental. O planejamento dos processos terapêuticos em alguns serviços de atenção psicossocial não se limita ao “momento de crise, mas na continuidade da vida do usuário, significando a busca da reabilitação psicossocial”. A noção de reabilitar aqui passa pela reconstrução de sentidos e do direito de cidadania. O projeto terapêutico, desenvolvido pela equipe de assistência com a participação do usuário, também tem como objetivo ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder social, “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política” (Zerbetto, 2005, p.116).

A concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada a noção de profissional de referência. Aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) em um projeto terapêutico em andamento. Na equipe, cada profissional se torna referência para um certo número de usuários inseridos em projetos terapêuticos. Funcionando como dispositivo de responsabilização e de reforço do vínculo (Silva, 2005). Essa responsabilização operada pela noção de profissional de referência, quando trazida para o âmbito das equipes de referência na atenção básica incrementa as possibilidades de superação da simples adscrição de clientela, pelo vínculo com responsabilização.

A emergência do termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) apóia-se na idéia de que o projeto terapêutico pode ser utilizado não só para indivíduos, mas também para coletivos (Cunha, 2005, p.185). O termo singular também remete à diferença, contexto singular, não passível de reproduzibilidade e, portanto, menos sujeitado a processos de captura pelo planejamento normativo.

Para Cunha o PTS é produzido em “uma variação da discussão de caso clínico”. Configura-se em formato de reunião de equipe em que os profissionais de saúde trocam percepções e constituem uma compreensão coletiva do sujeito doente, a qual subsidia o desenho de intervenções sobre o caso. Segundo esse autor, o PTS conteria quatro momentos: “o diagnóstico”, com olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; “a definição de metas”, dispostas em uma linha de

tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; “a divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe e “a reavaliação”, na qual se concretiza a gestão do PTS, através de avaliação e correção de trajetórias (p.186). Também chama atenção que a atuação pela via do PTS pressupõe o reconhecimento de uma capacidade/poder das pessoas interferirem na sua própria relação com a vida e com a doença. À equipe caberia “exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo, e lidar com a possível ansiedade” que a proposta traz (p.88-89).

A configuração mais próxima do que considero o conceito de PTS neste trabalho, surge no Brasil, no início da década de 90, em plena efervescência instituinte do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica em Santos. Trazendo referências do movimento italiano, os atores envolvidos nesse contexto buscavam não só alternativas ao locus de intervenção do manicômio, representadas pela criação dos serviços substitutivos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), mas, sobretudo

[..] formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem a mudança de cultura e de política mais social que sanitária (BASAGLIA, F.O. *apud* Nicácio, 2003).

O desafio de produzir respostas frente à complexidade dos problemas dos sujeitos que antes estavam depositados nas profundezas dos manicômios foi enfrentado com a “problematização e o redimensionamento das concepções e práticas do trabalho terapêutico e do próprio sentido do processo”. Novos arranjos e dispositivos foram formulados e testados nesse sentido de problematização das práticas na intencionalidade de provocar deslocamentos. O objetivo assumido pelas intervenções deslocou-se da “cura como norma ideal” para a emancipação, a “reprodução social das pessoas, outros diriam, o processo de singularização e ressingularização”. A inovação dessa forma de pensar está em superar as concepções abstratas de saúde como “bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação do dano, delineando uma nova projetualidade: a ‘produção de vida’, a ‘invenção de saúde’” (ROTELLI, 1990a, p. 93 *Apud* Nicácio, 2003).

A singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-familiares com uma dupla de referência formada por um trabalhador universitário e um auxiliar de enfermagem era produzida na relação, no diálogo com as exigências, as necessidades, os afetos e os conflitos que emergiam no processo terapêutico. Houve um esforço, nesse sentido, de superar as formas de pensar e de agir que dificultassem as possibilidades de “contratualidade nas relações com o louco, anulando sua singularidade” e, também, um empenho de vigilância sobre “os diversos modos de isolar os familiares, invalidando seus saberes e recursos”. Nesse intuito, os dispositivos utilizados eram o “contrato de projetos com os usuários e familiares” e as discussões frequentes sobre a produção das relações e dos projetos terapêuticos nas reuniões diárias de equipe.

Os projetos terapêuticos implementados na experiência de Santos procuravam incorporar a prática da liberdade e da singularização dos processos terapêuticos. Diferenciavam-se de um elenco de procedimentos, buscavam operar com a noção de “processo: construído, reconstruído, repensado, redimensionado, em relação com os usuários e com os familiares e em equipe”. Um processo que implicava “proximidade, intensidade de redes de afetos e de relações”.

A transformação do olhar para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e a projetualidade de produção de autonomia colocaram o desafio de buscar produzir uma prática terapêutica centrada no usuário e orientada para o “enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta” (ROTELLI et al., 1990, p. 36 *Apud* Nicácio, 2003).

A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, é o lócus onde, em função de um ser humano singular ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir Saúde (Aranha e Silva, 2005, p.442). O PTS demanda da equipe a operação com menor possibilidade de certezas e maior abertura para a negociação, algumas vezes inclusive, de seus próprios modos de ver o mundo e os processos de adoecimento e de produção de saúde.



Capítulo 2

Repensando o Projeto Terapêutico Singular:

caminhos da construção de uma proposta

Parte A

A prática profissional do pesquisador como dispositivo

Na vivência em serviços de saúde de atenção básica durante a residência médica, no município de Amparo (SP), percebi que, apesar da minha boa formação em termos de capacidade produtiva de procedimentos e do ponto de vista da prática clínica tradicional voltada para a dimensão biológica, havia insuficiências, principalmente em termos de instrumentos para compreender e formular ações frente à complexidade das situações-problema a serem enfrentadas. Esta insuficiência se refletia em baixa capacidade resolutive apesar do enorme esforço e compromisso empreendidos. Em repetidas situações a maior dificuldade estava na escassez de instrumentos para compreender e agir sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença, pois frequentemente pareciam externos ao setor saúde, no “limbo” da intersetorialidade. A consequência geral dessas dificuldades era o processo inexorável de redução da complexidade dos problemas das pessoas à dimensão biológica, território no qual eu e os meus colegas de trabalho nos sentíamos mais potentes em termos de possibilidades de intervenção. Processo esse, não só observado em mim e nos companheiros de residência, mas em muitos dos profissionais médicos dos serviços em que estávamos inseridos.

Os trabalhadores inseridos nessa lógica de redução às intervenções individuais voltadas para a dimensão orgânica transformam os serviços em grandes ambulatórios de consultas médicas, nos quais são necessários contingentes progressivamente maiores de médicos e de outros trabalhadores que acabam assumindo papéis subsidiários. Nesse contexto, a “consulta médica” passa a ter centralidade no processo de trabalho de todos os profissionais. O auxiliar de enfermagem deve preparar os pacientes, executar procedimentos indicados, dispensar medicamentos prescritos e marcar retornos. O agente comunitário de saúde deve convocar para a consulta, marcar e levar encaminhamentos para exames e outros atendimentos em especialistas e conferir se a prescrição feita pelo médico está sendo seguida pelo paciente no domicílio. A(o) enfermeira(o) deve “consultar” quem não teve acesso à consulta médica por falta de “vagas”, controlar a adesão aos tratamentos prescritos pelo médico e coordenar o trabalho dos demais profissionais. Esse processo se torna tão automatizado que o simples

cumprimento das tarefas acima descritas passa a ser parâmetro de resolutividade desses profissionais, desfocando ainda mais do objetivo-fim da produção de saúde e da co-produção de sujeitos autônomos.

Todo esse processo, em ciclo vicioso, tem produzido o “valor de uso” da consulta médica como “preciosidade” para as populações de usuários da saúde tanto no setor público, como no setor privado. Coloquei nesses termos, pois acho que pensar desse modo e tentar construir crítica a esse processo constituiu importante motivação para a minha trajetória profissional e mais recentemente a minha entrada no mestrado e a escolha desse objeto de pesquisa. Para mim se tornou essencial e estratégico a readequação da formação dos profissionais de saúde com base em concepções de processo saúde-doença-atenção, de saúde e de cidadania mais amplas, assim como a implementação de processos que se contraponham positivamente à centralidade do médico através de dispositivos que promovam experiências de trabalho interdisciplinar.

Não passa por essa estratégia a idéia do “incrementalismo” (Santos, 2007) já que não considero como possibilidade uma proposta de mudança desse quadro descrito que não contemple mudanças mais amplas nos modelos de gestão e de atenção e contraposições às pressões neoliberais no âmbito das políticas de saúde.

Durante o período em que fui médico do Pronto Socorro e da Enfermaria de Clínica Médica do Hospital Beneficência Portuguesa de Amparo, tive a oportunidade de internar os usuários que eu mesmo acompanhava na atenção básica e outros usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) de Amparo, acompanhá-los durante a internação e depois no seguimento de volta ao serviço de atenção básica. Construímos, eu e outros colegas, uma rede entre alguns serviços de PSF e a enfermaria de clínica médica do hospital que garantia uma certa continuidade e qualidade no acompanhamento clínico de pacientes graves do SUS municipal, de certo modo, operacionalizando o conceito de projeto terapêutico, a constituição de redes de cuidado e a articulação entre diferentes níveis do sistema de saúde municipal. No auge dessa experiência sofri muitas ameaças e pressões da corporação médica em função do conflito de interesses com o setor privado do hospital.

Todas essas tensões vividas no cotidiano dos serviços em diferentes níveis do sistema de saúde trouxeram bagagem e suficiente legitimidade que me levaram a um convite da secretária municipal de Amparo, Dra. Aparecida Linhares Pimenta, ainda na

época da residência médica, para realizar uma capacitação para os 50 agentes comunitários de saúde do município. Junto com os residentes realizamos a capacitação que se efetuou em encontros semanais ao longo de quatro meses. Essa minha primeira experiência foi bem avaliada pela secretaria, pelos agentes, pelas equipes e pelos meus colegas residentes. Eu, ao contrário, fiquei muito insatisfeito com o processo do curso, predominantemente expositivo. O material produzido em forma de apostila começou a ter peso de protocolo, o que me decepcionou ainda mais. Ouvi muito dos agentes comunitários: “Mas não é assim que está na apostila dos residentes...”. Minha insatisfação foi tanta que procurei saber mais a fundo o porquê da boa avaliação. Descobri através de relatos dos próprios agentes que o que tinha valido mais foram os momentos (muito pequenos) de discussão de situações cotidianas trazidas pelos agentes no curso. Aí acendeu uma luz! O curso foi bem avaliado não propriamente porque foi bem organizado e estruturado, mas porque contemplou a necessidade de criação de um espaço de discussão dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços.

De qualquer modo essa capacitação dos agentes de Amparo, em 2001, inaugurou uma nova linha de atuação profissional e de preocupações na minha vida. Passei a ser convidado para essas capacitações freqüentemente. As experiências acumuladas dessa atividade foram abrindo novas perspectivas e novos problemas para reflexão. Entretanto, o grande salto da capacitação para a Educação Permanente em Saúde (EPS) deu-se em 2003, quando fui convidado pelo Prof. Carlos Rivorêdo³, que tinha acompanhado de longe aquele curso de capacitação dos agentes de Amparo, quando era preceptor da residência médica em Saúde da Família e Comunidade. Eu, que já vinha me interessando muito pela discussão da EPS, tive a oportunidade de formular em parceria com o Prof. Rivorêdo um projeto de EPS abrangente no município de Jacareí, SP.

Nessa experiência participaram cerca de 200 trabalhadores de saúde de todas as categorias profissionais. Fomos obrigados a adaptar instrumentos, inventar e foi desenvolvido um certo modo de fazer, agregando metodologias de ensino-aprendizagem, misturando aportes teóricos da Saúde Coletiva, da educação e das ciências sociais com

³Professor Doutor Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo, atualmente professor da Área de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

algum grau de inconformismo e ousadia. O resultado foi uma experiência de educação permanente que envolve momentos teórico-práticos, conversão dos modelos de gestão e de atenção da secretaria de saúde e desenvolvimento de metodologias de acompanhamento, apoio técnico, supervisão e avaliação. Entretanto, o grande desafio foi a necessidade de formulação de uma proposta conceitual e ao mesmo tempo operacional que pudesse dar conta da articulação entre práticas individuais e coletivas, ao mesmo tempo em que tivesse grande capacidade propositiva no que diz respeito a como deveriam se pautar as práticas de saúde no novo modelo de atenção/gestão proposto. Esse novo modelo se caracterizava por uma composição de aspectos “interessantes” de outros modelos, como o Em Defesa da Vida (vínculo, acolhimento, responsabilização, equipe de referência, clínica ampliada, etc) e como a Promoção/Vigilância à Saúde (territorialização, ações de vigilância á saúde, planejamento local, uso de sistemas de informação da atenção básica de forma sistemática, articulação intersetorial, etc.). Esses aspectos foram ao mesmo tempo incorporados e repensados em sua operação. Naqueles tempos tão intensos, várias foram as “invenções” “criadas” para fazer frente às circunstâncias. O processo de reflexão e avaliação no fazer e às vezes tempos depois é que redirecionavam as trajetórias e permitiam teorizações. As equipes multiprofissionais contratadas para as unidades contavam com agentes comunitários, médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem. Como apoio matricial no próprio serviço havia psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, pediatra, ginecologista e médico clínico. Havia a necessidade de criar dispositivos e arranjos estratégicos que fossem potentes o bastante para imprimir mudanças nas práticas de saúde desses profissionais no sentido proposto da co-produção de saúde e de sujeitos autônomos. Nesse contexto é que surge a primeira versão da Proposta de Operacionalização do PTS descrita e atualizada nas próximas páginas. Nesse sentido as experiências aqui narradas resumidamente deram sentido e compuseram a minha caixa de ferramentas. As experiências que se seguem representam de certa forma o campo de atualização da proposta, que já teve muitas versões e ainda não está (talvez nunca esteja) totalmente acabada.

Parte B

Conceitos incorporados ao longo do trajeto

Os Processos de Normalização da Atenção à Saúde

O conceito de risco como “probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado” (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003, p. 679) provocou transformações no saber científico sobre a dimensão coletiva da saúde. Em pleno processo de consolidação do capitalismo industrial e financeiro e a influência da racionalidade tecnocrática do pós-guerra, ocorre no campo da epidemiologia uma “redução instrumental” na apreensão objetiva do espaço público da saúde (Ayres, 2002).

“À epidemiologia bastará conhecer, através de sinalizações probabilísticas, o sentido de interdição ou facilitação do agravo nas associações interno-externo que investiga. O possível é identificado ao provável, o amostral ao populacional e este ao individual, numa manobra conceitual para a construção de inferências de modo algum isenta de dificuldades lógicas e contradições práticas” (p.29).

O paradigma do risco abriu novas possibilidades para o conhecimento epidemiológico e suas relações com a medicina e ao fazê-lo restringiu o sentido de sua leitura sobre o espaço público da saúde, pois “não há inferência epidemiológica que possa aspirar legitimidade fora da consistência com os critérios de validação estabelecidos para as ciências que apreendem a saúde no plano da individualidade orgânica” (Ayres, 2002, p. 29.)

Neste referencial, pensar em termos de risco significa pensar em probabilidades de eventos. Sendo assim, formular intervenções no campo da saúde com o olhar do risco significa deter-se apenas ao que são médias e regularidades no território, um reducionismo. O enfoque de risco tem o seu valor no macro direcionamento dos esforços e dos recursos tecnológicos da saúde, mas não confere discernimento suficiente dos contextos singulares presentes no território.

Há histórico consistente de modelos tecno-assistências que privilegiam o conceito de risco como norteador das ações de saúde e organização dos serviços de saúde sobre os territórios. Essa concepção não é recente, remonta, por exemplo, à década de 60 com o conceito de dano, do CENDES/OPS (Uribe Rivera, 1989; Merhy, 1995), que serviu de base para a política das ações programáticas e vem sobrevivendo dentro das políticas de saúde até hoje. Um conceito que trouxe grandes contribuições para se pensar organização de serviços de saúde, que não é intuito deste estudo desqualificar.

Todavia, o referencial do ‘risco probabilístico epidemiológico’ tem cada vez mais determinando ‘ações programadas’ e direcionadas a indivíduos e grupos ‘portadores/expostos’. A idéia de probabilidade de eventos, medidos enquanto frequências, por isso médias e regularidades, produz possibilidade de reprodução *a priori* de ações, apenas com base nas características regulares medidas pelo risco e não por processos de análise de singularidades. Portanto passível de automatização.

A vigilância da saúde está relacionada estreitamente a idéia de controle de agravos como modo de produzir saúde. Embora a concepção de agravo tenha sido ampliada, a definição das “preocupações prioritárias e de suas correlatas estratégias de intervenção” ainda é muito pautada pela lógica do monitoramento e do controle dos riscos. Contudo, há nas estratégias de promoção da saúde a “noção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle daquilo que a pode ameaçar” (Ayres, 2002, p.29).

Segundo esse autor, na ótica da promoção uma definição negativa de saúde está limitada.

A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas naquilo que se deve evitar que aconteça para que se possa viver de forma saudável, mas quer estabelecer patamares que devem ser alcançados, em termos de aquisições positivas do ponto de vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental, etc., para caracterizar uma boa qualidade de vida (Ayres, 2002, p.29).

Nessa linha de pensamento coloca em questão a necessidade de se formular uma “referência objetiva” sobre quais “atributos e condições devem receber a qualificação de saudáveis”, para que possam ser perseguidos pelas práticas de saúde, o que se constituiria num “corolário da proposição técnica da promoção da saúde”

Neste mesmo estudo Ayres discute a tese de que a idéia de risco “coloca a epidemiologia em uma situação paradoxal” na medida em que, ao mesmo tempo em que apresenta grande “liberdade metodológica para tomar a saúde como objeto positivo”, possui restritas “possibilidades epistemológicas de validar esse conhecimento”. A epidemiologia teria passado por um processo de “rarefação teórica”, uma vez que se tornou dependente do apoio de outras ciências biomédicas que fornecem condições de validação de suas especulações causais. Esse processo autoriza o evidente “predomínio, especialmente entre as variáveis de efeito, dos agravos ou disfunções”, tornando a epidemiologia “refém da doença ou de eventos relacionados”.

Não há qualquer referência autônoma positiva que permita à epidemiologia validar conhecimentos acerca de uma configuração sócio-sanitária favorável ou desfavorável à qualidade de vida, para além da indicação das probabilidades de ocorrência ou prevenção de agravos. Isto posto, a proposta de articular a epidemiologia com as propostas recentes rumo à conceituação positiva de saúde imporá profundas reflexões, que se estendem desde a identificação de impasses metodológicos bastante concretos até questionamentos de ordem mais propriamente filosófica (Ayres, 2002, p.37).

Para aprofundar essa discussão trazemos ao debate o conceito de biopoder em Foucault (2003).

O biopoder se caracteriza, em oposição/superação ao poder soberano, por afirmar-se sobre a vida. Segundo Foucault, desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais como pólos de desenvolvimento interligados por relações: a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica da população (p.131).

A partir dessa perspectiva crítica, o conceito de risco é objeto de reflexão de distintos autores. Castiel (2003) afirma que “o risco se constitui em uma forma presente de descrever o futuro sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável” (p.83). Desse modo, o “risco do risco” está nas diferentes implicações histórico-político-econômico-sociais de quem decide ou de como se decide quais são os riscos importantes ou mais legítimos (Carvalho, 2004).

De acordo com Lupton (1999, p.18) os riscos são socioculturalmente construídos e são sempre políticos em seus conteúdos, uso e efeitos; o que inclui inevitáveis julgamentos morais de culpa. Esta crítica com base na construção social do risco não pretende discutir se há ou não perigos e ameaças reais, as quais os seres humanos estão expostos, mas sim considerar que sua determinação está implicada em processos sociais, culturais e políticos.

Nesse ponto desenvolveremos duas linhas de análise do referencial do risco e suas conseqüências. Primeiro na perspectiva de “estilo de vida”, que acaba por desembocar na idéia de “empowerment” psicológico (Carvalho, 2005). Segundo, na possibilidade do risco promover priorizações de alguns problemas de saúde (e não outros) segundo os preceitos da biopolítica/biopoder.

Na primeira abordagem o conceito de risco se torna veículo potente da anátomo-política, no “adestramento” dos corpos e na definição dos parâmetros comportamentais “adequados” ou “inadequados” em relação a uma idéia de saúde composta por uma série de preceitos definidos por “experts”.

Segundo Lupton (1996) o benefício geral da sociedade é o argumento que justifica as proposições da saúde pública. Esta idéia de saúde pública para o “bem comum” esconde implicações morais, políticas e sociais profundas. A “Nova Saúde Pública” pode ser vista como a mais recente tentativa de regulamentação e controle de corpos individuais e do corpo social como um todo. Seus discursos procuram transformar a consciência dos indivíduos para torná-los mais auto-reguláveis e produtivos para perseguirem seus próprios interesses e conformar-se voluntariamente aos objetivos do estado e de outras forças. O que se configura como estratégia fundamental do “tele-controle” do neoliberalismo, constituindo os mecanismos de “autonomia e liberdade reguladas” (p. 11-12).

Entretanto, o argumento do bem-estar social não foi o único que possibilitou ao paradigma do risco operar a anátomo-política. Os “experts” da Nova Saúde Pública alinharam-se aos preceitos científicos positivistas configurando o risco como saber científico, que nessa tradição ganha roupagem de “neutralidade”. E esta suposta “neutralidade” possibilita aos “experts” um espaço de exercício de poder privilegiado. Na relação com as populações de pessoas comuns, o poder de definir os padrões de normal de patológico e quais os comportamentos saudáveis. Na relação com o Estado e com o Capital, passa a ter influência nos fluxos de recursos, na priorização e legitimação dos problemas de saúde (p. 13).

Torna-se possível, dessa forma, prescrever quais os “estilos de vida” saudáveis e quais os condenáveis. Condenáveis na idéia da “culpabilização da vítima”. Assim o biopoder mostra toda a sua amplitude de ações ao mesmo tempo totalizante e individualizante. Nesse sentido encontra eco em várias frentes: nas ciências, na mídia, na política, nos desejos e interesses das pessoas em geral. Dissemina-se uma concepção de sujeito enquanto “ego autônomo e racional que utiliza os sistemas especializados reflexivamente para regular seu cotidiano”. Haveria um evolucionismo do “eu”. Esses sujeitos se modernizariam na medida que incorporem as prescrições dos “experts” e isso os tornaria “menos constrangidos pela estrutura”. Todavia, num mundo onde as pessoas estão o tempo todo “descobrimdo” novos “riscos” em quase todos os aspectos da vida pessoal e pública, este “eu” seria confrontado com enorme diversidade de escolhas em relação ao estilo de vida. Por isso, necessariamente, para avançar, e “tomar as rédeas do destino”, deveria ter confiança nos outros e no ambiente social, principalmente nos especialistas (“experts”). O efeito dessa conduta seria a produção do “empowerment” de um indivíduo que se tornaria capaz de determinar sua própria biografia, através da tomada de decisões a partir do aproveitamento das oportunidades e da leitura de riscos calculados. (Giddens e Beck *apud* Petersen, 1996, p.192).

A outra abordagem dos desdobramentos do conceito de risco epidemiológico esta na sua face de operacionalização da biopolítica, enquanto instrumento que legitima as priorizações de problemas de saúde e define, por esse caminho as políticas de saúde. Segundo Carvalho (2004), o conceito de risco trazido no discurso do estilo de vida é

estruturante da Promoção à Saúde desde a década de 70. A partir do Relatório Lalonde (1974) há um fortalecimento de correntes de pensamento que legitimam o saber dos ‘expertos’ na definição das políticas de saúde calcadas no “modelo epidemiológico para análise da política de saúde”. Nesse novo movimento as ações propostas nos termos das Cidades e das Políticas “Saudáveis” se propõe a superar a noção restrita de risco probabilístico. Entretanto, autores como Castel (1991), Lupton (1996), Petersen (1996) e Carvalho (2002) chamam atenção de que, no ideário da Nova Promoção da Saúde, a culpabilização individual é substituída por uma culpabilização de todos, significando um aprofundamento do exercício da biopolítica.

Com o advento dos levantamentos de risco epidemiológico a necessidade para a intervenção é deduzida da definição geral dos perigos que se deseja impedir e não primordialmente de sua observação na experiência. Este deslocamento do “perigo” para o “risco” resultou na subordinação dos profissionais de saúde aos objetivos da política de gerência dos administradores (Castel 1991, p. 287-291).

Considerando um plano geral, onde são produzidas as políticas de saúde, no qual atuam questões macro que determinam as tensões constitutivas do SUS, enquanto sistema nacional de saúde, e que determinam o modelo de atenção - ou melhor, os vários modelos de atenção sobrepostos e sobreviventes que operam o SUS - nesse plano geral são produzidas linhas estruturadas de intervenções sobre a realidade sanitária do Brasil. Essas linhas permeiam a formulação de parte dos programas nacionais de saúde. A necessidade desses programas é sustentada, em parte, pelo argumento “científico” do risco epidemiológico probabilístico. Baseado nessa noção de risco, séries de regras e de intervenções são protocoladas como mínimas, determinando referências para a estruturação desses programas nos vários níveis em que são aplicados. Assim, os gestores passam a ter parâmetros objetivos, referências para um padrão de qualidade uniforme na aplicação dos Programas. Atualmente não é mais aceitável um programa de pré-natal que não incluía, como rotina, a coleta do exame de Anti-HIV. Estão preconizados nacionalmente as diretrizes para a atenção ao paciente hipertenso, estão protocolados quais exames pedir, quais modalidades de serviços (consultas médica e de enfermagem, atendimento em grupos, etc.) devem ser ofertadas a todo o paciente hipertenso que aporta o serviço de saúde.

Todavia, se por um lado, as diretrizes determinadas no plano geral, produzem um padrão geral em termos de práticas de saúde para todo o sistema, por outro impõem aos serviços descentralizados uma agenda pouco criativa e potencialmente capturadora da autonomia das equipes. Nessa perspectiva, a formulação de ofertas para um determinado indivíduo ou grupo não dependeria de características singulares destes, mas sim da presença de variáveis regulares. Desse modo, não importaria o sujeito que sofre o agravo ou o risco, o que mereceria atenção seria apenas o próprio agravo ou os fatores de risco identificados.

Se analisarmos os parâmetros definidos pelo recente documento Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família (MS, 2005), por qualquer olhar que se faça, toda a atividade programática está, em algum grau, formatada com parâmetros gerais para todo o país, do nível considerado “E” (elementar) ao “A” (avançado). Toda a pré-formatação da organização do trabalho proposta foi intensamente detalhada nas questões de procedimentos mínimos (consultas, grupos, visitas, etc.) para cada grupo prioritário (definido por critérios clássicos da saúde pública: magnitude, transcendência e suscetibilidade às tecnologias da saúde, com base em informações de risco epidemiológico probabilístico) que, se for levada a cabo, captura a energia produtiva das equipes. Ou seja, para o cumprimento dos padrões de qualidade pré-determinados, não há possibilidade das equipes inovarem ou produzirem ofertas criativas à população.

Afirma-se, desse modo, que o “enfoque de risco” (do risco epidemiológico probabilístico) subsidiou, de modo externo ao contexto dos serviços de saúde, a formulação de uma agenda de trabalho alienante e monótona, a “programação”. As conseqüências desse processo podem chegar a um contexto tal que se poderia afirmar que os próprios trabalhadores de saúde são objetivados, deixam de ser sujeitos na medida em que são normalizados.

O Conceito de Vulnerabilidade como Forma de Superação não Excludente do Referencial do Risco Epidemiológico Probabilístico: os processos de singularização da atenção à saúde

São vários os conceitos vulnerabilidade. No dicionário encontramos: “diz-se do lado fraco de um assunto ou questão, e do ponto por onde alguém pode ser atacado ou ofendido” (Michaelis, 2005). Em saúde pública vulnerabilidade pode ser utilizada para qualificar um agravo ou problema de saúde como suscetível às tecnologias de intervenção dos serviços de saúde (Uribe Rivera, 1989; Merhy, 1995).

O conceito que será utilizado ao longo deste trabalho é o de vulnerabilidade como resultado da interação de conjunto de variáveis que determina a maior ou menor capacidade dos sujeitos se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. Esse conceito foi bastante desenvolvido na luta contra a AIDS substituindo a noção de grupo e (ou) comportamento de risco (Ayres, 2003).

No contexto do combate à epidemia da AIDS a noção de vulnerabilidade amplia a idéia de suscetibilidade, pois considera que a ocorrência de agravos (no caso se fala de doenças transmissíveis) não depende exclusivamente das características individuais. Há também componentes sociais e políticos interferindo e modulando essa ocorrência, o que torna as abordagens comportamentalistas insuficientes para explicar os processos de infecção e adoecimento, assim como para promover estratégias de prevenção.

Mann et al. (1993), organizadores da publicação “AIDS in the World” (Harvard College, 1992), traduzido no Brasil em 1993 por Parker et al. (Ed. ABIA:IMS/UERJ. 1993), como documento da Coalizão Global de Políticas Contra a Aids, trouxeram para esse contexto o conceito de vulnerabilidade. No sentido abordado por esses autores o comportamento individual no contexto da pandemia da AIDS é o “determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV” (p.276). Entretanto, o componente individual não é único e se mostra insuficiente para explicar o fenômeno da pandemia. Esse posicionamento, como já dito, supera o olhar dos chamados grupos de risco e comportamentos de risco até então adotados, geradores de discriminação aos portadores de HIV e doentes de AIDS. Denominam três planos interdependentes de determinação de Vulnerabilidade: Individual, Programático (ou Político) e Social.

No plano individual estariam os elementos internos do sujeito que o protegem e o tornam vulnerável. No componente político/programático estão as questões que protegem ou aumentam a vulnerabilidade na relação entre sujeitos individuais/coletivos e os serviços de saúde. No plano social estão todos os elementos da dimensão social do agravo. Fatores como acesso às políticas públicas em todos os setores. Questões culturais, econômicas e políticas que geram situações de risco ou de proteção no território.

A concepção de vulnerabilidade social varia conforme o referencial. Em Castel (1995) a vulnerabilidade tem sido produzida na conjunção da precariedade do trabalho e da fragilidade do vínculo social. Cunha (2004) propõe “ampliar” o conceito de vulnerabilidade para vulnerabilidade sociodemográfica, pretendendo, com isso, avançar no entendimento dos “condicionantes outros - além da pobreza - das condições desiguais de vida das pessoas ou famílias nos contextos urbanos”. Dessa forma, “as vulnerabilidades de pessoas e não dos recursos naturais que serão o centro de atenção” (p.343-344).

O conceito de vulnerabilidade possibilita essa inclusão do sujeito/contexto no objetivo-fim das ações de saúde. Entretanto, também há possibilidade do seu uso sofrer captura por outras concepções. Nesse caminho Ayres adverte:

[...] Um dos problemas mais apontados nesse sentido é continuar promovendo uma discriminação negativa dos grupos mais afetados, agora não mais pelo estigma, mas pela sua vitimização e correlativa tutela, preocupação totalmente fundada. Quantos de nós já não ouvimos coisas do tipo: ‘as mulheres, tão vulneráveis, coitadas’; ou os jovens, ou os negros, ou os pobres, etc., etc. Assumir uma tal atitude é negar o mais essencialmente positivo no interesse do uso do conceito; é de novo perder de vista o caráter eminentemente relacional e, nesse sentido, universalmente impactante das situações determinantes de vulnerabilidade (idem, 2003, p.131).

Pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade tem sentido quando analisada a “síntese singular” no qual ocorre. Utilizando-se da idéia, já citada, de Campos (2005) dos planos de co-produção do sujeito e do coletivo, a vulnerabilidade só pode ser entendida em contextos singulares de sujeitos, coletivos ou organizações. Assim, a conjunção/interação entre determinações do universal e do particular pode explicar o contexto de

vulnerabilidades de um sujeito ou de um grupo. Nessa perspectiva, a incorporação do conceito de vulnerabilidade, conforme abordado aqui, na operacionalização do PTS se constitui de forma não substitutiva, mas complementar, em instrumento de singularização da agenda de trabalho de equipes de saúde, possibilitando maior qualificação da programação, permitindo maior autonomia dos serviços com ganhos significativos em termos de eficácia e eficiência com efeito desalienante para os trabalhadores de saúde.

No referencial do projeto terapêutico singular e da incorporação do conceito de vulnerabilidade, o modo como cada sujeito se constitui tende a determinar as ações, as demandas e as ofertas realizadas de lado a lado. Constitui-se num encontro de projetos, de ideologias, de desejos e interesses, de visões de mundo, de subjetividades. Nesse encontro há processos de identificação, de resistências, de afirmação e de resolução de conflitos. São espaços ao mesmo tempo de produção e de reprodução. É nesse contexto que operam todas as forças capazes de mudar ou de reafirmar os modos de produzir saúde. Sendo assim, utilizamos esses referenciais, de certa forma, organizados nessa matriz, com objetivo de incorporar e promover de forma crítica esse contexto de produção de ofertas e resolução de demandas para dentro da discussão do PTS.

Considerações Sobre a Constituição de Projetos e Sobre o Planejamento no Campo da Saúde

No pano de fundo deste trabalho está uma concepção sobre planejamento em saúde, que privilegia os momentos de compartilhamento da compreensão do “problema” e a pactuação de “objetivos” no coletivo, tensionando a capacidade de leitura e análise estratégica de cenários e das implicações envolvidas, como forma de preservar a complexidade da problemática em discussão (evitando reducionismos) e como passo subsidiário e essencial para a discussão e planejamento das ações. Para isso, apresento um quadro simples e geral do planejamento na figura 1, conforme tenho discutido em vários espaços acadêmicos e profissionais. O objetivo desse esquema não é formatar passos, mas sim evitar a tendência ao surgimento de ações estereotipadas que surjam de uma padronização externalizada geral que dita os modos de compreender e legitimar os “problemas de saúde”, tornando redundante e desnecessária a discussão de problemas singulares e objetivos singularizados.

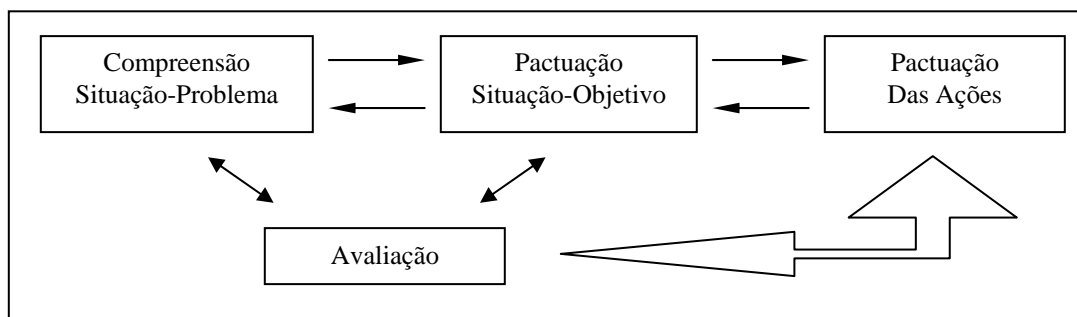


Figura 1- Quadro de Análise do Planejamento em Saúde

As setas recíprocas entre situação-problema, situação-objetivo e ações representam a circularidade do processo, no sentido de que, em cada etapa, é possível rever e reformular a outra.

Não é objetivo deste trabalho implementar uma discussão extensa sobre as vertentes do planejamento em saúde. Restrinjo-me a situar que há uma intencionalidade de agregar esse certo modo de planejar/constituir projetos aos processos de formulação do que chamarei mais adiante de Processos de Singularização da Atenção à Saúde.

A eleição da situação-problema também deverá ser pactuada entre os sujeitos envolvidos e dependerá sempre das possibilidades de reconhecimento/legitimação da situação-problema enquanto tal. O compartilhamento aumenta as possibilidades de identificação dos problemas e diminui as possibilidades das práticas prescritivas, o que ocorre na medida direta em que os sujeitos envolvidos se fortalecem enquanto sujeitos e conquistam gradientes ascendentes de autonomia.

Outra questão relevante é reconhecer que em todo o projeto há um investimento, uma aposta, o qual justifica que os sujeitos envolvidos se “auto”-infrinjam situações de restrição, gradientes de sofrimento justificados “em nome” dos objetivos dos projetos. Por isso, torna-se estratégico na organização dos serviços, que os projetos contem com alto grau de participação e identificação dos sujeitos envolvidos e sejam de algum modo providenciados meios mínimos de sua viabilização. Nas organizações nas quais os projetos em andamento são definidos de forma externa aos sujeitos envolvidos e/ou quando os projetos implementados jamais conseguem ser viabilizados, os resultados serão ou a desresponsabilização ou o adoecimento dos sujeitos envolvidos.

Todos esses elementos expostos até o momento ajudam a compreender o contexto no qual foi concebido e implementado este trabalho – constitui o seu Território.

A Concepção de Território e os Processos de Territorialização, Desterritorialização e Reterritorialização

Milton Santos (2002a) reflete sobre a idéia de racionalização do espaço geográfico, como etapa atual do movimento da sociedade que marcou o início da revolução industrial. Atribui como causa desse novo patamar ao acontecimento de um meio técnico-científico-informacional, que procura substituir o meio natural e o próprio meio técnico, produzir espaços da racionalidade, o que constitui suporte das principais ações globalizadas (p.331).

Segundo esse autor, o espaço geográfico é remodelado constantemente. Sendo considerado como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações, movidos por necessidades humanas (p.332). É também o conceito de necessidade que serve de base para a discussão da categoria divisão do trabalho que, segundo Santos, pode ser vista como um processo pelo qual os recursos disponíveis se distribuem social e geograficamente (p.132).

Para Santos o processo histórico é uma sucessão de novas divisões de trabalho, sobrepostas. As mudanças se dão sempre de forma heterogênea buscando áreas mais susceptíveis. O resultado é um território composto de restos de divisões de trabalho anteriores e de novas divisões de trabalho em implantação. O modo específico como tudo isso se organiza é que caracteriza e que diferencia um território dos demais. Um dos elementos que o tornaria singular.

É neste sentido que podemos dizer que cada divisão de trabalho cria um tempo próprio, diferente do tempo anterior. Isso, também, é muito geral, pois esse “tempo” acaba por ser abstrato, apenas ganhando concretude com a sua interpretação, na vida ativa, pelos diversos agentes sociais. É assim que, a partir de cada agente, de cada classe ou grupo social, se estabelecem as temporalidades (interpretações, isto é, formas particulares de utilização daquele tempo geral, “temporalizações práticas” no dizer de J.P. Sartre) que são a matriz das espacialidades vividas em cada lugar (p.136).

Nessa perspectiva existe uma tensão constante entre mecanismos de determinação gerais e locais. O mundo dita uma ordem global, as escalas superiores ou externas à escala do cotidiano. O território funda uma ordem local, a escala do cotidiano, a contigüidade. Os espaços locais tornam-se singulares conforme as possibilidades vividas determinadas por esse jogo (p.339).

Santos denominou domínio das horizontalidades esse do cotidiano, da contigüidade territorial, estabelecidos por racionalidade própria, local ou espaço banal. Denominou domínio das verticalidades aquele das determinações que a ordem global tenta impor aos espaços locais, externos a eles, mas ao mesmo tempo presentes em seu interior através de redes, o espaço das redes. O território seria formado de lugares contíguos e de lugares em rede. Muito embora sejam os mesmos lugares esses das redes e do espaço das contigüidades (Santos, 2002b, p.16).

Desse modo, a ordem global & a ordem local, as horizontalidades & as verticalidades, o espaço das redes & o espaço banal, convivem dialeticamente, configurando pressões de mudança e de resistência, moldando as espacialidades e as temporalidades dos lugares. E é dessa perspectiva que Santos discute os fenômenos ligados ao processo de globalização e o que ele denomina como a força do lugar, o retorno do território (p.18).

A partir de Santos temos um território-processo, como um campo de batalha de determinações gerais e particulares que dialeticamente moldam os lugares e configuram subespaços de tempo. E no qual estão inseridos sujeitos. Através das definições de horizontalidades e verticalidades, espaço banal e espaço das redes conseguimos subsídios necessários para entender os processos sociais de determinação do adoecimento e todo um novo universo de intervenções passam a ser possíveis.

Buscamos aprofundamento dessas questões impulsionados pela necessidade de uma concepção de território mais dinâmica e mais próxima dos sujeitos. Encontramos em Félix Guattari (2005) um outro modo de olhar o território. Segundo ele:

O território pode ser relativo tanto ao espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (Guattari e Rolnik, 2005, p.388).

Guattari traz a idéia de máquina desejanter, conceito criado em sua parceria com Gilles Deleuze. Não faz separação entre o campo do trabalho e o campo do desejo. Refere-se a essa teoria do desejo como um sistema que produz subjetividades de forma altamente diferenciada e elaborada. Faz contraposição ao pensamento que considera o campo do desejo como algo indiferenciado, atribuível a um instinto, ou a uma pulsão, ou a uma força bruta e radicalmente separado do campo do trabalho, o qual deve ser disciplinado, tomado por estruturas de controle, por estruturas hierárquicas (p.288).

Nessa abordagem, há também relações dialéticas entre macro & micro, indivíduo & contexto e particular & geral. O território apreendido como aquilo que nos é familiar está também determinado e moldado conforme as nossas possibilidades (internas e externas) de nos interessarmos por algo, construindo escalas de prioridades aos nossos investimentos de todas as formas, determinando vivências possíveis e arranjos espaciais diferentes. Esse processo de entender-se num território vivido se constitui no processo de Territorialização. Partindo daí, os processos que tem força de abalar os referenciais próprios de territorialização causam fenômenos de Desterritorialização, seguidos por novo movimento de (Re)territorialização.

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios “originais” se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquínicos que levam a atravessar, cada vez mais

rapidamente, as estratificações materiais e mentais. [...] A reterritorialização constituirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante (Guattari e Rolnik, 2005, p.388).

Essas concepções acerca do conceito de território (ou dos vários conceitos de território) ampliam as possibilidades de compreensão dos potenciais e das limitações em torno da idéia de territorialização, entendida como processo de apropriação do espaço geográfico (Unglert, 1995), muito difundida a partir das concepções de distritos sanitários (Mendes, 1998) e pelo programa de saúde da família (Brasil, 1994).

Para entender os processos saúde-doença presentes no território não é suficiente estudá-lo de forma ecológica por parâmetros gerais. Do mesmo modo que não conseguimos apreender o território apenas colecionando as histórias singulares trazidas por cada uma das pessoas que procuram satisfação de suas demandas nos serviços de saúde. É preciso um exercício dialógico de penetrar na singularidade de cada caso, a ponto de perceber o que faz aquele indivíduo ou grupo “sentir-se em casa” (território próprio dele) ao mesmo tempo que nos afastamos progressivamente, procuramos nexos daquela vivência com outras vivências vizinhas, contíguas (território local) e também com externalidades (desterritorializadas e desterritorializantes), que aparecem focalmente vivenciadas, mas com frequência e com distribuição heterogênea no território (espaços verticais, redes). Esse ir e vir, focar e desfocar, evitando um modelo naturalizado, pode fornecer subsídios capazes de potencializar, ampliar o modo como problematizamos os “casos” nas práticas de saúde e pode fornecer os subsídios necessários para superarmos o reducionismo biológico-funcional das intervenções sobre os agravos a saúde.

O Referencial da Educação Permanente em Saúde

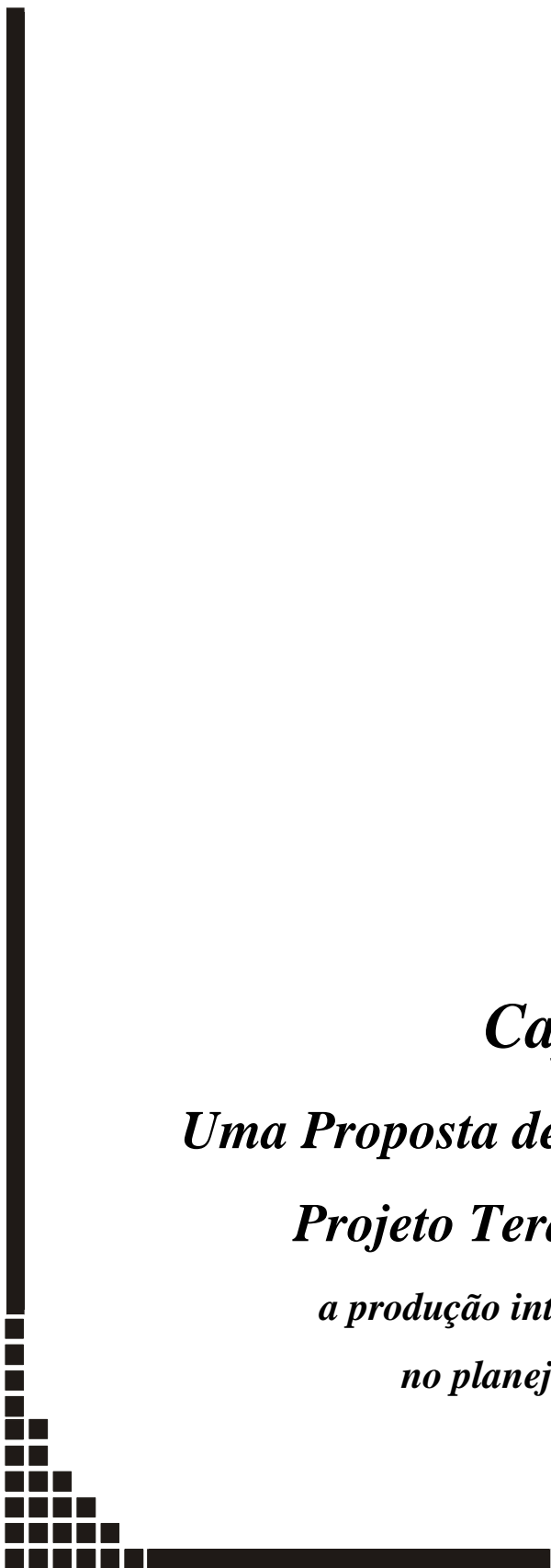
Para o entendimento da Proposta de Operacionalização do PTS se faz importante sinalizar que não a concebo como estratégia isolada no contexto do desenvolvimento ou transformação de um modelo de atenção proposto. É essencial entender que o PTS deve estar concatenado com outros arranjos e dispositivos de gestão

que favoreçam a desejada “mudança do modelo” de atenção com fins na co-produção de saúde e na co-produção de sujeitos autônomos. Um certo “efeito de onda” que tire as equipes do imobilismo, da cegueira situacional e da alienação. Nesse sentido, o referencial da Educação Permanente em Saúde tem muito a contribuir na produção desse processo.

A Educação Permanente envolve mecanismos de aprendizagem significativa, em trabalho, como forma construtiva de reflexão permanente das práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Envolve aprendizado compartilhado, considerando os conhecimentos anteriores e as experiências vividas pelos profissionais em processo de educação. Pressupondo que esse repensar a prática possibilita mudanças nos trabalhadores e no seu modo de produzir na saúde.

A proposta da EPS se coloca como desafio de ampliação da formação de profissionais de saúde para além dos aspectos técnico-científicos, abarcando as dimensões relacionais, da gestão no setor saúde, das práticas de saúde e da permeabilidade a todas as formas de controle social, com objetivo na qualidade da atenção à saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Ceccim 2005). Parte de críticas ao modelo conservador das instituições formadoras que resultam profissionais de saúde “distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema”, da necessidade de uma política de formação que considere os princípios constitutivos do SUS e da necessidade de humanização dos serviços de saúde com ganhos para os usuários e para os profissionais de saúde (MS, 2004).

Para os fins dessa investigação o referencial da EPS toma papel estratégico na forma de entrada do pesquisador nas atividades de campo, servindo ao mesmo tempo de proposta e de processo, criando condições para as trocas dialógicas entre os sujeitos envolvidos.



Capítulo 3

Uma Proposta de Operacionalização do

Projeto Terapêutico Singular:

a produção intersubjetiva na gestão e

no planejamento da clínica

O Projeto Terapêutico Singular que Propomos

O Projeto Terapêutico Singular é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade.

Para operacionalização do PTS, principalmente no contexto de equipes em treinamento, tenho utilizado roteiros estruturados que servem como guias. Como existe freqüentemente uma tensão para que os roteiros se transformem em normatizações, o que iria no sentido contrário da singularização, faz-se necessário uma advertência no sentido de que esses roteiros não podem ser pensados como protocolos de operacionalização do PTS. Apresentamos aqui um roteiro para PTSs individuais e um roteiro para PTSs coletivos (áreas, grupos, comunidades em situação de risco/vulnerabilidade). A utilização desses roteiros pretende facilitar o entendimento e diminuir a possibilidade de uma equipe, durante a formulação do PTS, se perca no processo, diminuindo as possibilidades que esse dispositivo proporciona.

- Identificação completa;
- Localização territorial e elementos do território relevantes;
- Arranjo Familiar – Representação Gráfica;
- Queixa/Situação/Demanda com histórico relevante resumido;
- Ações clínicas já realizadas;
- Avaliação das Vulnerabilidades;
- Pactuação dos Objetivos no caso (negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário);
- Propostas de Intervenção com cronograma e responsáveis;
- Definição do Profissional de referência do caso;
- Definição de periodicidade de reavaliações do caso.

Figura 2- Roteiro para Discussão de Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos - PTSI (indivíduos em contexto).

É importante ressaltar que quando se “focaliza” um indivíduo no PTS, não se deve fazer disto um “recorte” que descontextualize o sujeito de sua realidade. Não há sentido em discutir o caso de um indivíduo em situação de sofrimento sem considerá-lo inserido em um contexto social, familiar, em um certo território. Apenas diferencio os processos de formulação dos PTS segundo o contexto no qual se opera, levando em consideração que há peculiaridades em se trabalhar com grupos maiores (comunidades, grupos populacionais singulares), entendidos aqui como sujeito coletivo. Entretanto, o instrumental e o marco teórico que embasa o processo são semelhantes.

- Justificar a escolha da área de risco/vulnerabilidade;
- Identificar e discutir o Problema e/ou Situação e/ou Demanda da área escolhida;
- Aprofundar o entendimento do processo histórico-social da área de risco/vulnerabilidade escolhida;
- Definir e discutir os Objetivos da Equipe com relação a esta área escolhida;
- Definir e discutir as ações possíveis para implementar o projeto de intervenção na área escolhida, definindo responsáveis e profissional de referência;
- Identificar os sujeitos e as organizações (redes) potencialmente implicados com o projeto: usuários interessados, rede social e grupos com interesses contrariados;
- Criar um ou mais espaços coletivos de discussão em que a equipe abra possibilidades de conversa e pactuação (combinados) com os outros sujeitos e organizações interessados para discutir: o problema, os objetivos e as ações do projeto de intervenção proposto para a área escolhida;
- Rediscutir entre a equipe: o problema, os objetivos e as ações do projeto de intervenção na área de risco escolhida após a discussão e pactuação com os outros sujeitos potencialmente implicados no projeto e traçar estratégias para implementação das ações propostas.
- Criar momentos de avaliação da implementação do projeto entre a equipe e entre a equipe e os outros sujeitos implicados no projeto.

Figura 3- Roteiro para Discussão de Projeto Terapêutico Singular para Coletivos - PTSC (áreas, grupos, comunidades em situação de risco/vulnerabilidade).

Seguindo o Roteiro: as idéias e conceitos inseridos em cada etapa do PTS

Vamos utilizar como modelo o roteiro do PTSI, direcionado para discussão de casos de indivíduos em contexto de vulnerabilidade. Mais adiante comentaremos as adaptações para discussão de projetos direcionados a coletivos (PTSC).

1- Identificação Completa

A identificação pretende relacionar os itens de identificação de forma precisa, incluindo:

- Nomes;
- Idades;
- Endereços;
- Microárea;
- Área;
- N°s de cadastros: n° família, matrículas individuais, n°s de cartões, etc.

O importante é que se possa localizar facilmente as fichas e prontuários e territorializar as informações relevantes.

Neste ponto é preciso lembrar dos compromissos éticos que a equipe de assistência deve manter, protegendo, de todos os modos pertinentes, a identidade e a privacidade dos sujeitos e dos documentos sob seu cuidado.

2- Localização territorial e elementos do território relevantes

Neste item o importante não é apenas as características de localização no sentido espacial e físico. As informações sobre o território, enquanto espaço geográfico, são relevantes, mas as considero insuficientes. Não se trata somente de enumerar as características da moradia e da vizinhança. Frequentemente vemos notações estereotipadas do tipo:

“Condições precárias de moradia” (fragmentos de relatos de casos).

“Péssimas condições de higiene” (fragmentos de relatos de casos).

Levando em consideração a noção de território que mencionei anteriormente, seria mais relevante para o entendimento do contexto em que vive um sujeito, perguntar o quê, ou como, ele próprio percebe da sua própria casa. Isso não invalida a utilidade de uma descrição “objetiva” da situação de moradia, como por exemplo:

“Casa de alvenaria, com 5 cômodos pequenos; o banheiro é externo, do tipo “caipira”, ao lado do qual se encontra um poço também caipira, que serve a família com água de beber” (fragmentos de relatos de casos).

A tradição do que representa risco ou do que seria visto como um problema de saúde produz uma tendência a redução das situações “objetivas” em si mesmas.

Frente ao relato acima, percebe-se um problema muito comum de saneamento, que representa risco de aparecimento de vários tipos de agravos à saúde. A questão aqui, não é se cabe ou não a atenção a essa condição descrita. Obviamente que sim. Entretanto, existem outras dimensões desse território que são relevantes e que fazem parte das problemáticas vividas. Essas questões representam diferentes gradientes de sofrimento a esta família e interferem vivamente no processo saúde-doença.

Enriqueceria muito a percepção da equipe sobre o território desses sujeitos uma preocupação com elementos do território vivido por essa família. Seguindo essa idéia, o relato acima foi complementado ficando assim:

“Casa de alvenaria, com 5 cômodos pequenos; o banheiro é externo, do tipo “caipira”, ao lado do qual se encontra um poço também caipira, que serve a família com água de beber. Dona L. mora nessa casa há 5 anos. Diz com orgulho que é própria, conquistada depois de muitos anos de penúrias e lutas. Ainda não está pronta, mas ela diz que isso é assim mesmo, como obra de catedral ou de castelo, que demora muito para acabar. Ela se incomoda um pouco com a dificuldade de limpar a casa, que fica sempre muito empoeirada. Diz sempre que aquele é o seu castelo” (fragmentos de relatos de casos).

Nesse relato, criou-se outro cenário. Mais completo e mais complexo. Nesse contexto, a equipe tem mais elementos, inclusive, para negociar com essa família a mudança das questões problemáticas do saneamento. Entretanto, esse aporte de complexidade pode, ao contrário, representar maiores dificuldades e maiores entraves as ações da equipe, dependendo de como os trabalhadores de saúde compreendem seus papéis e suas responsabilidades nesse contexto. Nesse sentido, apenas a ampliação da compreensão do problema a ser enfrentado pela equipe não é em si suficiente para modificar as práticas de saúde. Portanto, avancemos...

3- Arranjo Familiar/Representação Gráfica

O objetivo aqui é esclarecer de forma esquemática quem são, quantos são e como se relacionam os componentes de uma família em estudo. Não pretendo aprofundar o conceito de família neste trabalho. Nos referimos como “famílias”, todo o grupamento de pessoas que convivem em uma unidade domiciliar⁴, mesmo que não haja relações de parentesco entre elas.

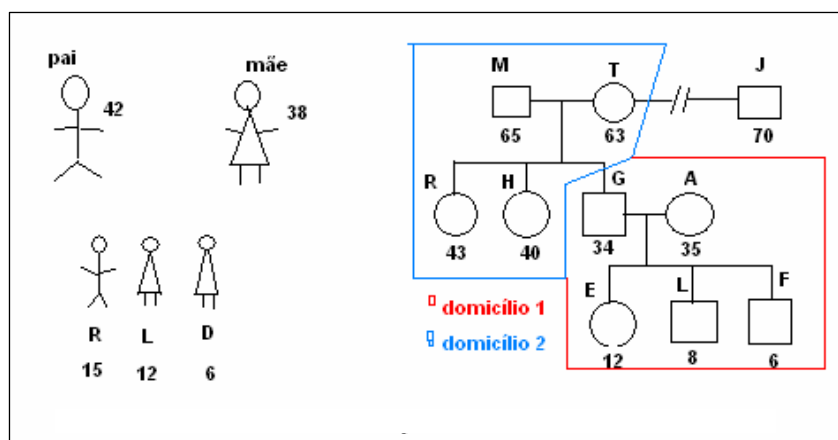


Figura 4- Exemplos de representações gráficas de Arranjos Familiares

⁴Essa definição de família é totalmente arbitrária e cumpre papel meramente operacional, sendo, nesse sentido, a definição mais freqüentemente utilizada no âmbito dos serviços que participaram do estudo.

O esquema facilita a apresentação e a consulta rápida à composição/arranjo familiar sempre que necessário ao entendimento do caso em discussão. Não há intenção de padronizar a forma gráfica de representação, apenas deve ser uma representação visual, esquemática e de fácil consulta. O modelo mais utilizado é o do genograma transformado em “familiograma”. Há codificações internacionais para esse registro, mas não pretendemos reproduzi-las aqui. Na figura 4 estão dois exemplos de representações gráficas de arranjos familiares.

4- Queixa/Situação/Demanda com histórico relevante resumido

Neste item fica registrado como foi o processo de “detecção”, de percepção da situação-problema. De que forma o “caso” apareceu para a equipe? Quanto tempo e quais processos são relevantes para ajudar a construir uma certa compreensão da problemática em torno do caso?

Esse momento tem paralelo com a “queixa principal” da anamnese clínica clássica, mas não se resume a isto. Ultrapassa. O objetivo principal não é procurar um “foco” ou a “entrada”, como tentativa de enquadrar o processo na ontologia das doenças/agravos. Além disso, o que se pretende é desenvolver um olhar para si. Sendo esse “para si”, a equipe (enquanto grupo) e o próprio trabalhador de saúde. Colocar em pauta a própria compreensão de problema. Analisar, na medida do possível, as implicações do grupo (equipe) no contexto. Responder ou tentar responder as perguntas:

- Essa situação é problema para quem?
- Essa situação é problema de quem?
- Por que vejo essa situação como problema?
- Por que discutir esse problema e não outro?

É importante perceber que o quão longe ou profundo se possa levar esses questionamentos depende do contexto de trabalho da própria equipe e de características do grupo de profissionais. Depende do quanto seja possível, neste espaço, tornar dito o não dito.

5- Ações clínicas já realizadas

Nessa etapa pretende-se um resgate sumário das ações da equipe e dos efeitos resultantes dessas ações na problemática em discussão. Entende-se por ações clínicas todo o tipo de ofertas realizadas pela equipe no contexto de acompanhamento clínico no processo terapêutico.

Todas as ações podem ter resultados positivos e negativos. Podem produzir benefícios e ao, mesmo tempo, danos. Por isso, esse momento tem efeito de avaliação do projeto terapêutico que está sendo executado até então.

Olhar retrospectivamente, perceber que caminhos a equipe tomou, que outras possibilidades seriam possíveis. Avaliar o processo e propor, quando conveniente, desvios ou correções de trajetórias para ampliar as possibilidades de sucesso deste ponto em diante.

6- Avaliação das Vulnerabilidades

Neste trabalho procuro incorporar o conceito vulnerabilidade conforme discutido anteriormente (ver Cap. 2, Parte B), na gestão e nas práticas de saúde individual e coletiva.

O grande interesse está no modo como essa concepção de vulnerabilidade coloca no centro da atenção o sujeito e a relação sujeito-situação. Não mais o olhar reducionista e objetivante do enfoque de risco probabilístico epidemiológico. O conceito de vulnerabilidade preocupa-se mais com os modos como os sujeitos se protegem ou se “arriscam” quando vivem suas vidas, convivem com os riscos.

Não proponho, de modo algum, abandonar a idéia de risco. O que busco é relativizá-lo, considerando a singularidade dos sujeitos individuais e coletivos, suas capacidades (ou falta delas) para proteger-se, negociar, comprometer-se e superar ou não situações desfavoráveis.

Os referenciais citados no corpo deste trabalho têm pensado em vulnerabilidade em três planos de determinação não absolutos, não estanques, sempre entrecruzados: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática ou

política. Adoto esse pensamento, considerando a vulnerabilidade programática sempre como vulnerabilidade político/programática. A intenção é não perdermos de vista que as relações entre os sujeitos-usuários e os sujeitos-trabalhadores se dão num cenário, ao mesmo tempo, de micro e de macropolíticas.

Sugiro um modo de operacionalização do conceito de vulnerabilidade, que foi desenvolvido ao longo das já citadas experiências de educação permanente com profissionais de saúde (Cap. 2, Parte A). O objetivo é de facilitar o entendimento de como se pode utilizar a idéia de vulnerabilidade na discussão de situações singulares reais.

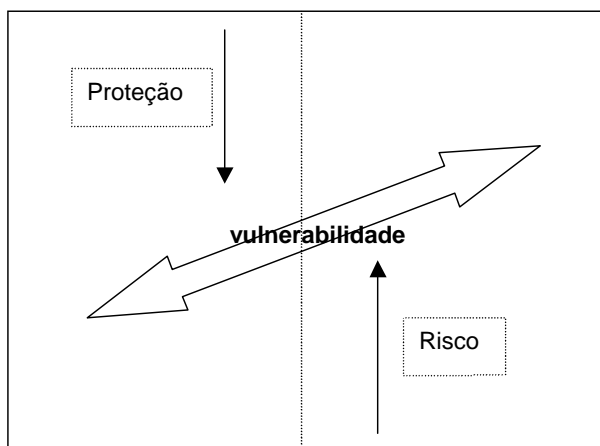


Figura 5- Vetores de Influência sobre Vulnerabilidades

Tendo em vista a noção de vulnerabilidade como “resultante de uma interação singular” entre mecanismos de risco e de proteção (risco em termos de manifestação ou chance de manifestação de agravos), inicialmente propus a utilização de um esquema visual de vetores para representar a noção de vulnerabilidade (ver Figura 5).

Entretanto, o esquema de vetores não se mostrou muito prático e tampouco didático. Dessa forma, parti para um outro modo de representação gráfica da idéia de vulnerabilidade, a “balança” representada na Figura 6.

Com esse esquema foi possível tornar mais palpável o entendimento dos mecanismos que interferem na vulnerabilidade em cada situação estudada. Obviamente que não pretende encerrar em si mesmo toda a complexidade dessa noção. Entretanto, a torna menos abstrata e tensiona para a capilarização desse modo de ver na prática clínica, o que não acontece quando se utiliza esta idéia de vulnerabilidade apenas para “explicar” que há mecanismos sociais, políticos e individuais de determinação no processo saúde-doença.

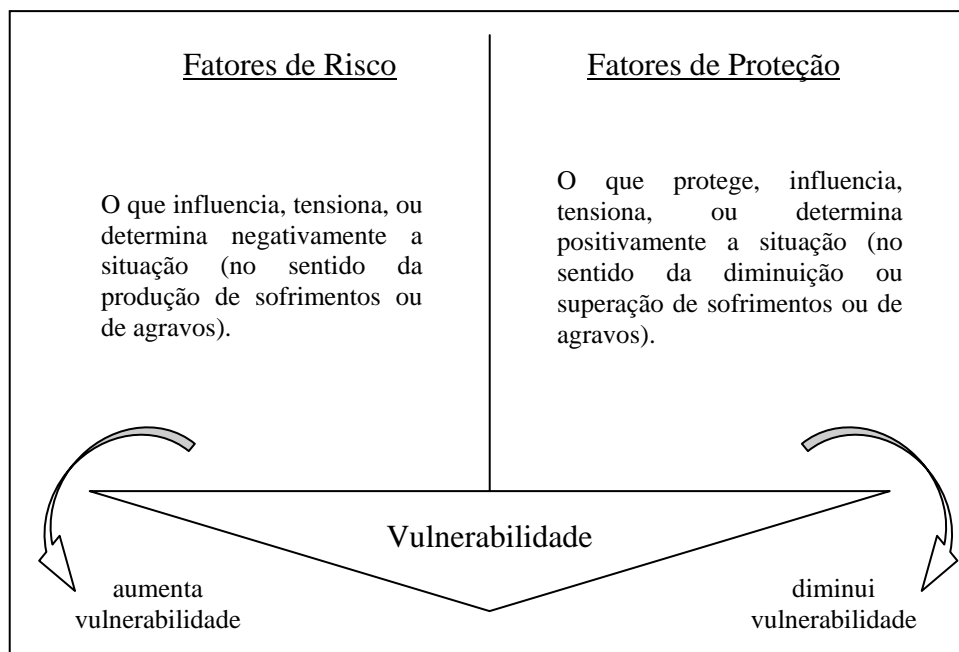


Figura 6- Avaliação de Vulnerabilidade em Sujeitos Singulares (balança de vulnerabilidade)

Para melhorar o entendimento da utilização prática desse esquema vamos utilizar um exemplo. Tomemos o caso da senhora MF, o qual foi discutido durante atividades docente-assistenciais no âmbito de disciplina de graduação para alunos do 5º ano médico, com participação da equipe de referência do caso, no Centro de Saúde DIC III, em Campinas, SP.

Sra. MF, 89 anos, inscrita no CS em 12/01/92. Queixa desde 21/09/04 de um nódulo mamário (lembro que esta data tinha a maioria dos médicos afastados no CS). A primeira procura ao serviço foi feita pela

filha D em 20/09/04, contando da situação da mãe. Foi feita visita domiciliar (paciente com problema auditivo não ouvia ou não queria atender?). 21/12/04, nova visita domiciliar avaliada por uma auxiliar de enfermagem L. e enfermeira E. que observaram nódulo mamário e secreção leitosa no mamilo. A paciente tinha uma consulta no CAISM e não quis ir. Foram colhidos exames domiciliares e passado o caso para a Ginecologista. 7/01/05, a ACS S. visitou a paciente para entregar pedido de Mastologia (encaminhamento para consulta com especialista em mama) mas a paciente não quis receber. Nova visita domiciliar em 13/01/05 para saber se a filha levou a mãe à consulta marcada em 11/01 (não foi). Em 19/01/05 contato da filha D. com o centro de saúde, pois não levou a mãe novamente a consulta de Mastologia. Nesta data, a unidade estava novamente sem médico e a paciente queria visita domiciliar médica (sem possibilidade). Em 19/01/05 a paciente foi incluída no SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar. O SAD fez a visita e não conseguiu entrar para ver a paciente em 23/06/06. Nesta data, a enfermeira E. novamente realizou visita domiciliar e a paciente MF estava suja, com diurese espalhada, caiu da cama à noite, e estava com MIE edemaciado. Estava há dois dias sem água e sem luz na residência. A enfermeira chamou o SAMU. Em 24/06/05 a filha D. veio ao centro de saúde e solicitou a enfermeira E. um atestado do estado da mãe para levar a SANASA. Referiu que o SAMU tentou levar a paciente ao PS, mas a mesma se recusou. Dr C. (ginecologista) faz a visita domiciliar em 20/07/05 juntamente com enfermeira E. Em 25/10/05, a Dra D. agenda consulta médica para a paciente e informa a filha que diz que não seria possível naquela data. Re-agenda para dia 8/11/05 . Em 17/01/06 Dra D. faz a visita domiciliar acompanhada da ACS S. (Garcia, 2006).

A partir desse relato do caso poderíamos, aplicando os conceitos discutidos, produzir uma avaliação das vulnerabilidades da Sra. MF. Na Figura 7, mostramos uma possibilidade de representar essa avaliação, utilizando-se o modelo da “balança de vulnerabilidades”.

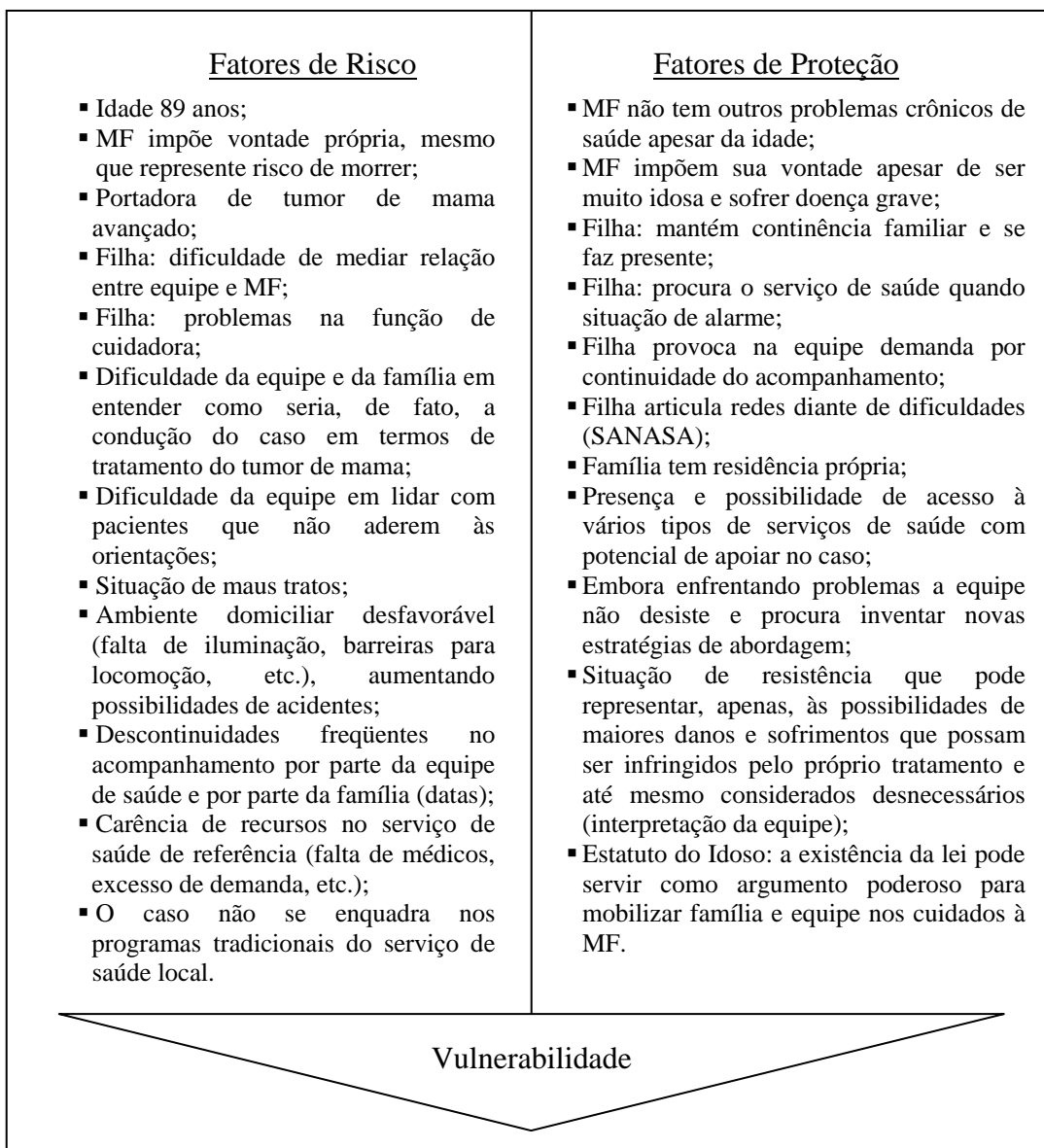


Figura 7- Avaliação de Vulnerabilidade de MF

Neste exemplo procurei mostrar uma possibilidade de avaliação de vulnerabilidades tendo como centro da atenção a Sra. MF. É essencial perceber que os elementos de vulnerabilidade inseridos na avaliação sejam risco ou proteção, são interpretações singulares da problemática discutida. Isso significa dizer que se a equipe fosse outra a avaliação seria diferente. O modo como a equipe compreende as questões do caso e vivencia a situação, colocando-se no contexto, determina como as variáveis em jogo

se comportam. Às vezes podem passar, inclusive, de risco à proteção ou o contrário. O importante é que, no momento da análise, não se tome risco ou proteção à priori. O processo deve ser relativizado, singularizado. Vamos a um exemplo mais didático...

Vejamos um senhor de 40 anos, trabalhador de um pequeno comércio, que não sabe que é diabético, pois não apresenta nenhum sintoma desta doença. Pensemos em todos os riscos que ele corre estando nessa situação. Há possibilidades dele desenvolver lesões orgânicas, eventos cérebro-vasculares, etc. O fato de ser portador de diabetes representa risco de acordo com tudo que se conhece atualmente sobre o assunto.

Imaginemos agora duas situações. Na primeira o tal senhor é também hipertenso. Como sua hipertensão é leve, ele faz avaliações semestrais, toma a medicação regularmente e mede a pressão seguidamente. Na segunda situação o tal senhor não tem outras doenças e raramente vai ao serviço de saúde, justamente porque “não sente nada”. Situação muito comum.

Poderíamos dizer que, do ponto de vista do risco epidemiológico, “somar” a hipertensão aumentaria muito o risco para os eventos cérebro-vasculares. Entretanto, poderíamos também dizer, no olhar da vulnerabilidade, que o tal senhor na segunda situação (apenas diabético) está mais vulnerável, pois suas possibilidades de descobrir e lidar com o diabetes, cuidando-se ou procurando ajuda, estão limitadas pela ausência de sintomas, pelo seu modo de lidar com as questões da própria saúde, pelas possibilidades, em todos os sentidos, de sua vida de trabalhador de um pequeno comércio. Também está mais vulnerável porque as técnicas de triagens populacionais do diabetes, principalmente em assintomáticos, são dispendiosas e de difícil acesso à população em geral. Porque os serviços de saúde têm dificuldade de fazer busca ativa de casos assintomáticos. Além disso, há escassez de recursos financeiros e deficiências de formação de gestores e de profissionais da saúde... E poderíamos continuar ampliando cada vez mais as situações.

Os elementos que surgem nessas avaliações de vulnerabilidade podem se constituir em objeto de análise do trabalho da equipe. Para subsidiar essa análise e criar alguns parâmetros que tornem mais viáveis a qualificação dessas avaliações utilizo a idéia dos planos de determinação da vulnerabilidade e as “variáveis indicadores” (Sarraceno et al., 2001).

As variáveis indicadores, trazidas para este estudo a partir de trabalhos no campo da saúde mental, representam um modo didático para aumentar a capacidade de análise sobre variáveis objetivas (“Fortes”) e subjetivas (“Sombra”) nas situações de vulnerabilidade em estudo.

Segundo esses autores, as variáveis fortes seriam aquelas tradicionalmente consideradas, as quais determinam por si só o raciocínio sobre o caso: diagnóstico, idade, agudeza ou cronicidade do quadro e história natural da doença.

As variáveis sombra, assim chamadas porque são “geralmente deixadas à sombra”, são aquelas que singularizam o caso: “os recursos individuais do paciente” (capacidade intelectual, status social, questões ligadas ao gênero, etc.); “os recursos do contexto do paciente” (nível de patologia relacional dos familiares, solidariedade do contexto social, status social da família no território, etc.); “os recursos do serviço de atenção” (recursos materiais, organização, estilo de trabalho da equipe, etc.); “os recursos do contexto do serviço de atenção” (solidariedade de outros serviços de saúde; qualidade e eficiência do sistema de saúde do país). Assim, numa avaliação de vulnerabilidade sobre um dado contexto, procura-se elencar elementos agrupados em vulnerabilidade individual, programática e social, enriquecidos de variáveis fortes e sombra (Sarraceno et al, 2001).

Essas idéias têm utilidade para discutir a qualificação das avaliações de vulnerabilidade. A partir disso, pode ser considerada “satisfatória”, “completa” ou “qualificada”, uma avaliação de vulnerabilidade que apresente variáveis de risco e de proteção nos três planos: individual, político/programático e social. Além disso, em cada um desses planos, presença de variáveis “fortes” e “sombra”.

Voltando a avaliação da Sra. MF estão alguns exemplos dessas variáveis:

1- Elementos predominantemente de Vulnerabilidade Individual:

a- Variáveis de Risco:

i- Fortes: Idade 89 anos; Portadora de tumor de mama avançado;

ii- Sombra: MF impõem vontade própria, mesmo que represente risco de morrer;

b- Variáveis de Proteção:

- i- Fortes: MF não tem outros problemas crônicos de saúde apesar da idade;
- ii- Sombra: MF impõem sua vontade apesar de ser muito idosa e sofrer doença grave;

2- Elementos de Vulnerabilidade Social e Político/Programática:

a- Variáveis de Risco:

- i- Forte: Ambiente domiciliar desfavorável (falta de iluminação, barreiras para locomoção, etc.), aumentando possibilidades de acidentes;
- ii- Sombra: Filha: dificuldade de mediar relação entre equipe e MF; Filha: problemas na função de cuidadora; Dificuldade da equipe e da família em entender como seria, de fato, a condução do caso em termos de tratamento do tumor de mama; Dificuldade da equipe em lidar com pacientes que não aderem às orientações; Carência de recursos no serviço de saúde de referência (falta de médicos, excesso de demanda, etc.); O caso não se enquadra nos programas tradicionais do serviço de saúde local;

b- Variáveis de Proteção:

- i- Fortes: Família tem residência própria;
- ii- Sombra: Presença e possibilidade de acesso a vários tipos de serviços de saúde com potencial de apoiar no caso; Embora enfrentando problemas a equipe não desiste e procura inventar novas estratégias de abordagem; Estatuto do Idoso: a existência da lei pode servir como argumento poderoso para mobilizar família e equipe nos cuidados à M; Filha: mantém continência familiar e se faz presente; Filha: procura o serviço de saúde quando situação de alarme; Filha provoca na equipe demanda por continuidade do acompanhamento; Filha articula redes diante de dificuldades (SANASA).

Muito provavelmente quem se deteve na classificação que fiz acima das citadas variáveis não concordou comigo em todos os pontos. Há variáveis que enquadrá-las seria muito difícil, às vezes até sem sentido, como por exemplo:

- Situação de resistência que pode representar, apenas, às possibilidades de maiores danos e sofrimentos que possam ser infringidos pelo próprio tratamento e até mesmo considerados desnecessários (interpretação da equipe);
- Descontinuidades freqüentes no acompanhamento por parte da equipe de saúde e por parte da família (datas);
- Situação de maus tratos.

É preciso reconhecer a arbitrariedade dessa classificação. Entretanto, não é propriamente a classificação que interessa e sim produzir na equipe aumento da sua capacidade de análise, ampliação das dimensões pesquisadas e levadas em consideração ao se discutir o projeto terapêutico singular. Calibrar as lentes, os alarmes, a capacidade crítica dos atores envolvidos nesse processo.

É possível dizer que, do início do roteiro até este ponto, discutiu-se e ampliou-se a compreensão da situação-problema do caso em estudo. Está concluída, momentaneamente, essa grande operação do planejamento, na formulação do PTS.

Importante ressaltar que, a essa altura, a equipe já pode fazer emergir várias “hipóteses explicativas” sobre a situação-problema. É essencial que, na medida do possível, a equipe consiga explicitar, pelo menos, algumas dessas hipóteses que circulam no grupo. A discussão em torno dessas “teorias explicativas” é a verdadeira discussão do caso. Supera a simplificação existente na mera troca de conhecimentos de “fatos” ligados a “história” objetiva da situação em análise.

Quando a equipe apenas troca informações a respeito desses fatos, estes aparecem organizados de forma predominantemente inconsciente, determinados pelo modo como cada um que fala os interpreta, segundo uma certa hipótese em organização. A história do caso é sempre contada aos “fragmentos”, omitindo-se alguns.

Estes fragmentos ditos vão montando um cenário que serve para corroborar as hipóteses. Até aqui, são processos comuns, realizados de forma naturalizada, a partir de preconceitos, vivências anteriores e por processos de ontologia.

A explicitação e a discussão dessas hipóteses não têm o intuito de provocar uma escolha, gerar um consenso em torno de uma dessas “teorias”. Ao contrário, o que se pretende é deixá-las em suspensão, presentes, flutuantes, servindo como guias e ao mesmo tempo como alertas. Essas hipóteses representam os “atravessamentos” (Baremlitt, 1992) e as implicações (mecanismos de transferência e de resistência) da equipe no processo terapêutico do sujeito em questão (Cunha, 2005).

Portanto, sempre que possível (sendo suportável e estratégico explicitar), as hipóteses explicativas não devem ser apagadas ou escondidas. Devem ser mantidas até o momento da ação, do ato, da operacionalização da oferta formulada. Nesse momento, ela ou interfere no processo ou é deixada de lado momentaneamente, mas nem por isso deixa de existir e de ter história.

Sigamos então para a próxima operação: pactuar a situação-objetivo.

7- Pactuação dos Objetivos no caso (negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário)

Pactuar a situação-objetivo significa discutir a finalidade do PTS. Trazer à tona como cada ator imagina o cenário supondo que a problemática estivesse resolvida. Ou, quando isso é improvável, como seriam os cenários nos diferentes gradientes intermediários de sucesso. Isso ajuda a definir rumos, linhas de ação e prioridades. Favorece que a equipe organize seus processos privilegiando algumas daquelas hipóteses explicativas, deixando outras mais secundarizadas.

O debate em torno dos objetivos de certa forma faz um novo retorno à discussão do problema, já que, neste momento, a equipe deve pactuar os objetivos gerais e específicos e, para isso, é necessário que retome as hipóteses explicativas.

Os objetivos gerais norteiam a discussão: produzir saúde, co-produzir autonomia, prevenir agravos futuros, melhorar qualidade de vida... Entretanto, se estes não atingirem situações concretas particularizadas, acabam por perder o sentido pragmático. É preciso responder o que significam bem-estar, qualidade de vida, prevenção de agravos, autonomia, etc., neste caso singular em discussão.

Outra questão importante é que a discussão dos objetivos também diz respeito ao reconhecimento da legitimidade de necessidades de saúde no caso. Indiretamente serão discutidas quais as necessidades mais importantes, quais poderão ser respondidas, quais serão adiadas (ver Capítulo 1).

Desse modo, faz-se crucial a participação do sujeito-usuário nessa pactuação. Tal participação deverá ser possibilitada a partir de um espaço de negociação onde se reconheça o usuário, de fato, como sujeito de sua própria vida.

8- Propostas de Intervenção com cronograma e responsáveis

Aqui se faz necessário rigor e implicação dos atores interessados. Não se deve dispersar cada ação em vários responsáveis e nem tão pouco concentrar várias ações em um responsável que se sobrecarrega.

A idéia de responsável aqui significa aquele que vai se comprometer com a execução da ação proposta.

Os cuidados gerais dos “planejamentos” servem bem neste momento. Assim sendo, não aprofundarei este ponto da discussão.

9- Definição do Profissional de Referência do caso

Profissional de referência não é o mesmo que responsável, e sim aquele que articula e vigia o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. É aquele profissional que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante. Articula “rodas” menores para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do PTS.

A concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada a noção de profissional de referência. Aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) em um projeto terapêutico em andamento. Na equipe, cada profissional se torna referência para um certo número de usuários inseridos em projetos terapêuticos. Funcionando como dispositivo de responsabilização e de reforço do vínculo (Silva, 2005).

O profissional de referência pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele mais estratégico no caso em discussão.

10- Definição de periodicidade de reavaliações do caso

O tempo de reavaliação do caso deve ser o mínimo possível para que as ações planejadas produzam o efeito esperado e o máximo possível de tolerância que não signifique riscos ou danos ao sujeito ou que permita que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão.

A idéia é que as equipes organizem uma rotina de discussões de casos, no serviço. Seja criada uma agenda de formulação e de revisão dos PTS.

Questão importante é que não se faz necessário reunir toda a equipe para reavaliação de PTS de forma muito repetitiva. Isso burocratizaria a condução dos casos, a partir de um entendimento equivocado de que, para cada decisão a ser tomada, a equipe toda deve reunir-se para discutir. Frente a problemas específicos, muito focais, que interferem pouco na problemática como um todo, frente a entraves que surgem durante o processo, é possível reunir um subgrupo composto por pessoas diretamente ligadas ao problema em questão, discutir e tomar resoluções. Tudo isso precisa ser acompanhado pelo profissional de referência, o qual deve procurar manter uma visão de conjunto.

O Projeto Terapêutico Singular para Coletivos - PTSC: considerações gerais

O roteiro proposto (figura 3) tem utilidade para organizar a discussão de projetos de ação em contextos coletivos como áreas no território ou grupos populacionais singulares em situação de risco/vulnerabilidade. Reproduzem-se aqui, basicamente, os mesmos processos do PTS individual. Destacamos alguns itens importantes.

Do primeiro - “Justificar a escolha da área de risco/vulnerabilidade” - ao quinto itens - “Definir e discutir as ações possíveis para implementar o projeto...” - a tarefa de formulação do projeto é da equipe, como uma preparação, um ante-projeto, o qual será apresentado e negociado estrategicamente com os outros atores interessados do contexto. Para isso, surge a finalidade do “mapeamento” dos sujeitos e das organizações (redes) potencialmente implicados com o projeto (usuários interessados, rede social e grupos com interesses contrariados).

A pactuação do projeto no coletivo se faz condição indispensável na co-produção de autonomia. A busca é pela instauração de uma cooperação entre os interessados, uma relação de parceria. Significa a superação das relações totalmente prescritivas, geradoras de dependência e ao mesmo tempo dependentes de relações de subserviência entre os sujeitos do contexto. Nesse sentido, os momentos de avaliação também devem ser compartilhados, inclusive nos critérios utilizados para esse fim.

No Capítulo 5 encontra-se uma narrativa detalhada de um PTS Coletivo formulado como experiência de campo da pesquisa.



Capítulo 4

Aspectos da Metodologia da Investigação

Pressupostos Teóricos: Ciência, Senso Comum na “Segunda Ruptura Epistemológica” e a Delimitação do Objeto da Investigação

[...] ele tinha sido um dos apostadores na construção de uma nova modalidade de trabalho em saúde, cuja centralidade seria as necessidades dos usuários. Acontece que o estudo mostrou, em um certo momento, que os resultados não eram tão interessantes assim como esperava, havia encontrado “falhas” neste processo que imputava a si mesmo. E, isso era tão pesado que não conseguia tratar desta questão de modo mais claro. A pesquisa sangrava parte de si mesmo, parte do próprio pesquisador (Merhy, 2004, p.2).

Conforme já referi (Cap. 1), Boaventura de Souza Santos (1989) chama de “primeira ruptura epistemológica” a oposição da ciência positivista ao senso comum. Nesse paradigma, a ciência aproxima-se da luz (verdade) e o senso comum às trevas (ilusão, engano, erro). A superação desse paradigma passaria por uma segunda ruptura, “a ruptura com a ruptura epistemológica” o que, segundo o autor, consistiria no ato epistemológico mais importante (p. 36).

Para engendrar essa tarefa se faz necessário a construção de uma nova relação entre ciência e senso comum. Souza Santos propõe que essa relação seja de tal modo construída que “qualquer um deles é feito do outro e ambos fazem algo novo” (p. 40). Nesse sentido desenvolve uma outra caracterização de senso comum:

O senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais. [...] é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias a às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma de confiança e dá segurança. [...] é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência lingüística. [...] é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre as pessoas e entre as pessoas e as coisas. [...] é indisciplinar e

imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano da vida. [...] é retórico e metafórico; não ensina, persuade (Souza Santos, 1989, p. 40).

Essa conceituação de senso comum nega a visão “fixista” e possibilita o desenvolvimento de uma positividade numa configuração na qual “tanto ele como a ciência moderna se superam a si mesmos para dar lugar a uma outra forma de conhecimento”. Compreende-se, desse modo, que a chamada segunda ruptura epistemológica não pretende um “retorno” naturalizado ao senso comum, mas sim uma nova configuração de ciência produzida na sua relação com o senso comum transformando-o e transformando-se.

Paulo Freire (1987 [1970]) aproxima-se dessas idéias ao propor uma teoria da ação dialógica na educação, na qual os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em “co-laboração”. Nesta concepção, o “eu dialógico sabe que é o tu que o constitui”. O tu – “um não-eu – que o constitui se constitui, por sua vez, como eu, ao ter no seu eu um tu”. É assim que o eu e o tu seriam co-produzidos enquanto sujeitos. Nessa teoria, esses sujeitos co-produzidos “se encontram para a pronúncia do mundo, para a sua transformação. Não haveria, dessa forma, um sujeito que domina pela conquista e um objeto a ser dominado. “O diálogo é sempre comunicação” e funda a co-laboração. Desse modo, uma co-laboração só pode se dar entre sujeitos, mesmo que tenham níveis distintos de função e, portanto, de responsabilidades (p. 165–166). Observa-se que no bojo dessa teoria considera-se o Homem como “ser inconcluso, consciente de sua inconclusão” e, como tal, em permanente “movimento de busca do ser mais”. Opõe-se ao fixismo, à permanência enfatizada na concepção “bancária” de educação, propondo a concepção de “educação problematizadora”, na qual “a educação se re-faz constantemente na práxis”, “futuridade revolucionária” (p. 72–73).

É no contexto dessas concepções sobre ciência e senso comum que situo nosso processo de investigação. O qual pressupõe a prática dialógica entre o sujeito-pesquisador e os sujeitos-profissionais de saúde tendo como território o cotidiano dos serviços de saúde envolvidos em um mesmo projeto.

A centralidade do objeto dessa pesquisa está na observação das ações/reflexões que a operacionalização do Projeto Terapêutico Singular provoca. Apostamos que essas ações/reflexões têm potencial de disparar movimentos de reorganização do processo de trabalho de equipes em serviços de saúde, podendo modificar as suas práticas para favorecer a ampliação da clínica, a co-produção de saúde e a co-produção de sujeitos autônomos. O enfoque dado às reflexões geradas a partir da prática de equipes de trabalhadores de saúde durante a formulação, implementação e avaliação de projetos terapêuticos reais norteou o rumo das discussões teóricas que brotaram como desdobramentos do processo de investigação.

O que moveu esta investigação foi a percepção/aposta no PTS como potencial operador de uma série de conceitos fundamentais na discussão de modelos de atenção, de gestão e das práticas de saúde, entre os quais risco e vulnerabilidade. Na experiência profissional do pesquisador a sua aplicação já vinha anteriormente mostrando, também, o enriquecimento trazido pela criação de *settings* de interdisciplinaridade ao processo de incorporação/democratização de saberes e instrumentos no campo das práticas de saúde individual e coletiva. Permitiu, ainda, a visualização das interações entre os recursos/características de proteção e os fatores de risco e da articulação desses com elementos do território e da vida desses sujeitos, individuais e coletivos, no processo saúde-doença.

O cotidiano da construção do SUS revela grandes desafios a serem enfrentados em diversos níveis, tanto na atenção como na gestão. A desejada mudança dos modelos passa pelo desenvolvimento de novos instrumentos, tecnologias que incorporem a operacionalização de novas concepções sobre o processo saúde-doença e de uma noção ampliada da saúde e da cidadania. Para isso, tornou-se imprescindível a incorporação de saberes de diversas áreas do conhecimento. O projeto terapêutico é um facilitador dessa incorporação.

Além disso, a mudança no modelo de atenção passa, também, pela necessidade de invenção de novas formas de gestão, para superar a racionalidade gerencial hegemônica (Campos, 2005). Este é modo de imbricar gestão e atenção, marca da produção do Movimento em Defesa da Vida, que permeou profundamente esse trabalho.

As vivências do pesquisador o aproximam da problemática cotidiana do SUS. Das apostas e frustrações de trabalhadores de saúde, usuários e movimentos sociais que lutam por um sistema de saúde público, universal, integral e equânime. Representa o esforço contínuo de superar as históricas dicotomias entre teoria & prática, academia & serviços.

Portanto, este trabalho representa um esforço reflexivo do pesquisador sobre suas próprias práticas e apostas no campo da saúde coletiva e na construção do SUS. Um modo de incluir-se no debate atual, nas problemáticas históricas desse campo complexo, inovador e interessantemente marcado por disputas em múltiplos níveis, que têm como pano de fundo diferentes concepções sobre cidadania, desenvolvimento, tecnologia, ciência e sobre o próprio Homem.

Os Objetivos da Pesquisa e a Escolha do Desenho Investigativo

Objetivo Geral

Discutir a contribuição do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a gestão da atenção individual e coletiva em saúde.

Objetivos Específicos

- 1- Aprofundar a reflexão sobre o PTS a partir do diálogo com a literatura sobre risco, vulnerabilidade, território.
- 2- Evidenciar a articulação entre os conceitos envolvidos no PTS e sua operacionalização levando-se em conta temas atuais da saúde coletiva.
- 3- Tensionar aproximações e distanciamentos entre a teoria/prática da clínica e da saúde pública, detectar diferentes enfoques sobre os conceitos em questão.

- 4- Apontar para a pertinência da difusão do conceito de vulnerabilidade junto às práticas de saúde.
- 5- Apontar possibilidades, limites e dificuldades do PTS enquanto estratégia de reforma das práticas de gestão e atenção em saúde formulando questões que julgamos devidoras de novos estudos.
- 6- Constatar o valor de uso do arranjo/dispositivo PTS (Ampliado) para a qualificação do processo de trabalho em saúde e de uma prática clínica que tenha compromisso com a defesa da vida e com a co-produção de sujeitos.

Todas essas idéias levaram-me a propor um processo investigativo no qual o pesquisador não só está “implicado” (Baremlitt, 1992), mas se declara “sujeito militante implicado”. Desse modo, pretendi submeter a processos investigativos meu próprio agir, trazendo, para a análise meu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa a mim mesmo e aos outros (Merhy, 2004, p.5).

Ou seja, traz antes de qualquer situação epistêmica a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações a que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos. Aqui, nestas novas situações, a conformação do trabalhador como sujeito epistêmico está marcada pressupostamente pelo seu lugar como sujeito militante implicado (Idem, p. 6).

Objeto e Objetivos estavam desenhados, dessa forma, a partir da minha implicação militante de pesquisador. Decorre daí a primeira grande dificuldade constatada no desenho investigativo desse trabalho: Não me propus a “estudar” os serviços de saúde e as práticas sociais dos profissionais de saúde inseridos nesse serviço. Desenvolver esse tipo

de “estudo” exigiria uma externalidade do investigador considerada inapropriada aos objetivos militantes. O que busquei se alinha ao que Merhy propôs em termos de: “produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para outros, implicado com o seu lugar na ação sob foco” (p.6).

Para cumprir esses objetivos procurei um desenho metodológico adequado. Essa tarefa foi árdua e frustrante, uma vez que os desenhos mais clássicos de investigação consideram o sujeito que produz conhecimento “só o fará se for objetivado como sujeito epistêmico, portador de uma maneira precisa de investigar e de um conjunto de conceitos”, os quais dirigem sua ação sobre o campo empírico e na análise explicativa. Desse modo, estaria garantida a “objetividade do conhecimento produzido, paradigmaticamente imaginado, como aquele que pode fazer sentido e significar verdades para os outros”. Esse seria o conhecimento certificado como válido e científico (p.1). Sair dessa cilada não foi fácil e continuo não tendo certeza de que a superei. Certamente muitos dirão que não. Procurei, incansavelmente, um desenho de pesquisa que se adaptasse aos objetivos propostos. A conclusão foi de que o desenho mais adequado seria o da pesquisa-ação (Andaloussi, 2004) em função de sua concepção exigir uma redefinição das relações entre pesquisador e ator, teoria e prática, saber e ação; lugar que desejava assumir. Entretanto, a constituição de um projeto em comum e com a participação ativa de sujeitos-profissionais de saúde, desde sua formulação, não é tarefa simples para o período autorizado de pesquisa para o Mestrado, ainda mais se for levado em consideração às intempéries normalmente vividas no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Por fim, o desenho dessa investigação seguiu alguns dos pressupostos, mas não pode ser considerado uma pesquisa-ação. Trabalhou-se com ofertas direcionadas aos trabalhadores de saúde na forma de projetos que envolveram três componentes principais. O primeiro deles foi definido como a busca da resolução de uma situação-problema geral reconhecida pelos trabalhadores e que apontasse, necessariamente para os objetivos-fins de co-produção de saúde e de sujeitos autônomos: a operacionalização de um modelo de atenção à saúde Integral, Universal e Equânime no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais implicados. O segundo componente se refere a uma proposta de trabalho que inclui, em forma de dispositivo de gestão da atenção

à saúde, a proposta de operacionalização do Projeto Terapêutico Singular, desenvolvida pelo próprio pesquisador e que configurava oferta concreta aos trabalhadores. O terceiro componente refere-se à metodologia de trabalho empregada que tem como referencial a Educação Permanente em Saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

O desenvolvimento desses projetos em campo, junto aos profissionais dos serviços de saúde envolvidos, deveria disparar processos de reflexão/ação que teriam potencial de alterar a configuração das posturas e das práticas dos sujeitos-profissionais implicados e a organização do processo de trabalho no sentido da co-produção de saúde e de sujeitos autônomos.

Para o pesquisador além de participar dessas reflexões/ações esse processo colocaria em teste a sua própria caixa-de-ferramentas, possibilitando uma auto-análise e autocrítica dos próprios modos de pensar e agir (Merhy, 2004, p. 18).

Caracterização e Desenvolvimento do Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi desenvolvido ao mesmo tempo em dois processos paralelos. Um deles se deu no município de Pindamonhangaba e o outro no município de Campinas, ambos no estado de São Paulo.

O Trabalho Desenvolvido no Município de Pindamonhangaba

Pindamonhangaba é um município da região do Vale do Rio Paraíba, SP, com população de aproximadamente 130.000 habitantes, que faz limite com cidades como Taubaté e Campos do Jordão. Desenvolvi atividades de consultoria para a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social deste 2005, sempre ligadas a processos de educação permanente em saúde. Em 2006 iniciou-se um grande programa municipal de educação permanente envolvendo todos os profissionais da atenção básica que na época trabalhavam em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas em momento de transição para o Programa de Saúde da Família municipal. Além desses, participaram todos

os profissionais do departamento de Promoção Social e alguns gestores de serviços de saúde municipais indiretamente envolvidos, incluindo profissionais de saúde do município de Tremembé, conforme acordo firmado pela gestora municipal. Ao todo, participaram do projeto 218 profissionais de Pindamonhangaba; 24 Profissionais da Saúde da Família de Tremembé (SP) e 13 Profissionais da Promoção Social dos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), totalizando 255 profissionais. Os coordenadores do programa foram o Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo⁵ e o próprio pesquisador.

Este programa municipal de educação permanente teve como objetivo geral a conversão das práticas e do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde visando a co-produção de saúde e de sujeitos autônomos. Foi desenvolvido institucionalmente e, portanto, não pôde restringir-se aos objetivos deste processo de investigação. Os eixos de conformação desse programa foram:

- 1- A reformulação dos grandes “programas” prioritários de atenção à saúde, para resgatar e reafirmar a co-produção de saúde e de autonomia, com aportes nas áreas de gestão da informação, da avaliação de práticas e programas de saúde, da gestão participativa e co-gestão, para reafirmar o objetivo-fim na Saúde e nos Princípios do SUS.
- 2- A singularização das “linhas de cuidado”, incluindo os sujeitos-usuários na clínica, com aportes do trabalho interdisciplinar e da gestão da clínica a partir da implementação de Projetos Terapêuticos Singulares voltados para indivíduos e famílias em contexto de vulnerabilidade.
- 3- A implementação de propostas participativas de ações em áreas e comunidades a partir de processos de singularização e de territorialização e de Projetos Terapêuticos Singulares voltados para coletivos em situação vulnerável.
- 4- A reformulação das práticas participativas de gestão, planejamento e controle social, a partir do estímulo à formação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde da Família, da implementação de projetos comunitários e do Planejamento Local Participativo em Saúde.

⁵Professor da área de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

A metodologia de ensino foi essencialmente problematizadora, utilizando momentos de concentração (aulas expositivas, discussão de casos, oficinas de trabalho) e dispersão (uso de metodologias de apoio no acompanhamento do desenvolvimento das práticas), alternados segundo cronograma proposto, acompanhando as mudanças ocorridas ao longo do período e segundo as vivências cotidianas dos trabalhadores-educandos.

O Trabalho Desenvolvido no Município de Campinas

Foi graças a minha inserção, durante o curso de mestrado, nas atividades docente-assistenciais do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e pelas características do projeto assistencial de Campinas, em especial deste serviço, que elegi o Centro de Saúde (CS) DIC III como segundo campo de trabalho.

O CS DIC III possui uma área de abrangência delimitada pela Rodovia dos Bandeirantes, Rodovia Santos Dumont, área de abrangência do CS São Cristóvão, área de abrangência do CS DIC I e área de abrangência do CS Aeroporto. Pertence à região administrativa do Distrito de Saúde SUDOESTE de Campinas, região das mais pobres do município, com os piores Índices de Condições de Vida. Abrange uma população de aproximadamente 28.000 pessoas. Possui quatro equipes de referência em atividade.

Além das práticas rotineiras de assistência é campo de atividade docente-assistencial, desenvolvendo atividades de pesquisa, residência em medicina preventiva e social e graduação em medicina.

A gestora do CS DIC III, enfermeira de formação, está no serviço há um ano, tendo larga experiência em gestão de serviços de atenção básica em saúde, tendo sido parceira essencial no desenvolvimento desse trabalho.

Com a participação estratégica do orientador, que também exerce atividade como docente nas várias frentes da graduação e da residência no Centro de Saúde DIC III, firmei parceria com a gestora e com os trabalhadores da uma das equipes de referência

deste serviço. Essa parceria consistiu em acompanhar, discutir e contribuir, na formulação, implementação/execução e avaliação de projetos terapêuticos singulares (PTS), de acordo com a necessidade constatada em processo pelos profissionais de saúde envolvidos, pelo gestor do serviço e por mim.

A estratégia principal consistiu na minha atuação em atuar junto a uma equipe de referência utilizando dispositivos que promovessem reflexão nos profissionais de saúde envolvidos (inclusive o pesquisador) sobre a compreensão do processo saúde-doença, os objetivos das intervenções em saúde e as próprias práticas/intervenções. Esses dispositivos, além das discussões de caso e dos desafios enfrentados no dia-a-dia dessas equipes, foram: dinâmicas de grupo, discussão de textos, vivências práticas em outros serviços, etc.

Também consistiu em auxiliar a equipe e o gestor do serviço, a constituir, acompanhar e avaliar projetos de intervenção, formulação ou readequação do processo de trabalho e na organização do serviço que derivassem das próprias reflexões desses sujeitos.

Sempre que possível buscou-se fazer coincidir essas atividades com aquelas docente-assistenciais em andamento na unidade, em especial o estágio do 5º ano médico da FCM/UNICAMP em gestão e planejamento.

A via de provocação dessas reflexões foi do PTS utilizado como dispositivo de gestão da clínica. O processo de escolha de casos, formulação do PTS, negociação dos objetivos na equipe e entre equipe e usuário, execução das ações planejadas e avaliação, foi acompanhado por mim.

A ordem de grandeza e a complexidade dos trabalhos de campo variaram conforme o contexto. O intuito foi balizar melhor o trabalho e permitir análises e conclusões mais responsáveis e consistentes.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Trata-se de projeto de pesquisa na área de gestão, mais especificamente, sobre o processo de trabalho de equipes de profissionais de saúde, que envolve tanto trabalhadores como usuários de serviços de saúde.

Os trabalhadores de saúde participaram de atividades de discussão e vivências práticas na dinâmica de projetos terapêuticos, que inclui atendimentos e visitas domiciliares, em conjunto com o pesquisador ou não, aos pacientes envolvidos, seus cuidadores e seus familiares. Desse modo, o primeiro compromisso ético foi com o sigilo, para proteger identidades e informações confidenciais dos pacientes envolvidos e de suas famílias.

O segundo compromisso ético foi com o respeito às manifestações e opiniões tanto dos usuários envolvidos direta ou indiretamente, como dos trabalhadores de saúde. Ressalta-se que o uso de transcrições literais ou não dessas manifestações, seja por quaisquer meios (escrito, áudio ou vídeo), respeitaram os critérios de autorização (vide Apêndice 1 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido) de seu uso para fins acadêmicos de forma que não se traduza, salvo nas situações previstas na legislação brasileira, em quaisquer tipos de sanções ou prejuízos de qualquer espécie.

A dinâmica do trabalho de pesquisa nesse projeto envolveu análise de documentos, tais como: prontuários médicos, registros técnicos, diários de campo, relatórios de atividades de dispersão de alunos, material produzido por equipes em treinamento, transcrição de gravações em áudio de reuniões de projetos terapêuticos e outras formas de discussões de caso, textos técnicos ou informativos produzidos durante o desenvolvimento das atividades. Em todos os casos as informações pessoais sigilosas de todos os envolvidos, sejam pacientes, pessoas da comunidade em geral ou trabalhadores de saúde foram preservados. Para isso, foram alteradas iniciais de nomes próprios em alguns casos. Do mesmo modo as adjetivações foram suprimidas em vários trechos de transcrição no intuito de impossibilitar identificação dos interlocutores.

Nas discussões de caso, base da dinâmica constitutiva do projeto terapêutico, a circulação de informações pertinentes sobre a vida dos sujeitos envolvidos em suas múltiplas dimensões é essencial para a compreensão dos mecanismos de vulnerabilidade e adoecimento em seus diferentes planos de determinação individual, política e social. Entretanto, a pertinência dessas informações não pode ser avaliada à priori, pois dependem do contexto singular do próprio caso e da compreensão alcançada pela equipe que o acompanha. Entende-se que o caminho para definir quais informações sobre os casos são

relevantes, quem deve conhecê-las e como devem ser utilizadas na elaboração de projetos terapêuticos passa, necessariamente, pela participação ativa dos próprios sujeitos envolvidos, em especial do sujeito-usuário do serviço de saúde e quem se dirigem as ações.

O Material Empírico Como Exemplo

Todas as reuniões foram gravadas em áudio, junto dos documentos produzidos pelos sujeitos implicados, o diário de campo e as observações do pesquisador constituíram o material de análise para essa investigação. Todavia, apreender na totalidade a vivência dessa investigação é muito improvável, em contexto de tal complexidade, sob pena de se perder todo o brilho e o significado da experiência, incorrendo em reducionismos.

Apesar de ter produzido no próprio texto da dissertação, desde o começo até este ponto, uma narrativa de todo o processo de investigação nos seus aspectos principais, considerei interessante, a título de exemplo, compor um capítulo expondo casos e trechos de registros relevantes que contribuiriam intensamente com a formulação das considerações finais deste trabalho. Deste modo, o Capítulo 5 apresenta o relato, acompanhado de algumas análises, de parte das experiências vividas no trabalho de campo.



Capítulo 5
Resultados e Discussão

Considerações sobre a experiência de Pindamonhangaba

A *proposta de operacionalização do PTS* descrita neste trabalho foi incorporada ao projeto de Pindamonhangaba, mas, embora de importância fundamental, não consistiu no único eixo de ação, pelas razões já apontadas (ver Cap. 4). Assim, os resultados descritos dessa atividade de campo representa um recorte, a partir das experiências produzidas, relacionado com a operacionalização do PTS.

O cenário em Pindamonhangaba foi muito distinto daquele descrito no Centro de Saúde DIC III (Campinas-SP). Tratava-se de uma atividade profissional de educação permanente de amplitude municipal, abrangendo a totalidade dos funcionários diretamente ligados à atenção básica na estratégia de Saúde da Família. A relação construída com as equipes locais iniciou e permaneceu com forte característica de externalidade, configurando-se mais a uma tecnologia de apoio institucional do que uma ação-reflexão conjunta, próxima do processo de pesquisa-ação, como no DIC III. No primeiro momento, em que foi feito um ciclo de discussões em ambiente de sala de aula, que denominamos “momento de concentração”, e mesmo utilizando muito os trabalhos e as dinâmicas em grupo e, constantemente, um esforço de referenciar as questões discutidas aos aspectos do cotidiano do serviço, essa externalidade gerou alguma reatividade no conjunto dos profissionais, o que daremos exemplos mais adiante. Um agravante foi o grande número de profissionais de saúde envolvidos, os quais foram divididos em turmas de aproximadamente 70 trabalhadores. Não foi possível a constituição de turmas menores por dificuldades de cobrir o funcionamento dos serviços e pela disponibilidade de carga horária dos envolvidos. Mesmo com espaço físico razoável, foi muito difícil a interação e a operação dos trabalhos de grupo.

Frente a essas dificuldades optou-se por reduzir a carga horária do momento de concentração e iniciar antes do previsto o momento de dispersão, de forma descentralizada na rede de Atenção Básica, na forma de oficinas realizadas junto às equipes, nos serviços locais. Essa decisão foi tomada em conjunto com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, consultando os trabalhadores em momentos intermediários de avaliação.

A partir das oficinas locais o projeto deu um salto de qualidade e passou vivamente a fazer parte da agenda de trabalho da rede, gerando novas pautas de discussão de forma cada vez mais intensa e dinâmica na medida em que o processo caminhava. Para marcar os eixos principais do projeto foram formatadas as primeiras três oficinas, com agenda de discussão definida, roteiro definido, embora deixasse grandes possibilidades de variações que foram intensamente aproveitadas ao modo de cada serviço, de cada equipe envolvida.

Em abril de 2006 iniciou-se o processo de oficinas de trabalho e de acompanhamento das ações e atividades nas Unidades de Saúde, incluindo os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família com saúde bucal e as equipes dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Todas as 19 equipes participaram de pelo menos quatro oficinas com carga horária de quatro horas cada, com intervalos variáveis de 30 a 45 dias. Dez equipes participaram de cinco oficinas. Todas participaram das primeiras três oficinas que abordaram as seguintes discussões:

- 1- Reconhecimento da Área e Apoio a Territorialização;
- 2- Levantamento de Perfis de Vulnerabilidade e Risco;
- 3- Implementação, Acompanhamento e Aprimoramento de Projetos Terapêuticos Singulares.

A partir da terceira oficina, o processo foi personalizado para adaptar-se ao ritmo de cada equipe. De acordo com os problemas e as demandas identificadas em conjunto pelos gestores, pelos trabalhadores e pelo pesquisador cada uma das equipes participou de discussões que abordaram um ou dois temas dos listados a seguir:

- Reformulação e Avaliação de Ações Programáticas;
- Processo de Trabalho e Relação Equipe & Comunidade;
- Fluxograma Analisador do Processo de Trabalho.

As oficinas foram realizadas junto à cada uma das equipes no espaço das Unidades de Saúde da Família. As equipes receberam previamente um roteiro de preparação da oficina, que se destinou a facilitar os trabalhos e melhorar a função pedagógica das oficinas propostas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA NO DIC III

O trabalho de campo no Centro de Saúde DIC III, na região SUDOESTE no Município de Campinas, cumpriu papel estratégico no desenvolvimento desta investigação. Campinas tem tradição na saúde coletiva brasileira, representando importante contribuição ao pensamento do campo da saúde, pelo menos em vários períodos da história recente da saúde pública brasileira. Na sua rede existe número expressivo de militantes da reforma sanitária. Além disso, conta com um cenário assistencial que, embora possua uma das maiores estruturas de atenção básica do país, sofre dos enormes problemas que qualquer grande metrópole enfrenta. A área escolhida para o trabalho de campo se configura numa das mais pobres da cidade, embora intensamente urbanizada, e é vizinha a tantas outras grandes periferias, tão ou mais pobres e problemáticas do que ela. A complexidade e a quantidade dos problemas é enorme. Se há lugares onde um processo de mudanças das práticas de saúde é prioritário, o DIC III é um deles. Entretanto, não havia possibilidade de implementar um projeto com a amplitude do que foi realizado em Pindamonhangaba e não foi essa a tentativa. Preferimos uma experiência restrita a uma equipe, com discussão de apenas um caso, um microprocesso, mas estudado a fundo, tentando explorar ao máximo os desdobramentos possíveis. Com isso construiu-se uma experiência rica e de certa forma complementar à de Pindamonhangaba. Por outro lado, essa experiência funcionou como piloto para uma provável ampliação de atividades de campo no DIC III e no distrito SUDOESTE.

Nos termos de uma parceria a *proposta de operacionalização do PTS* serviu como forma de explicitar as possibilidades de contribuição dessa atividade de educação permanente desenhada para os trabalhadores do serviço. Essa oferta não tratou de contrapor modelos de operacionalização de PTS, mas sim compor, flexibilizar e singularizar os seus modos de fazer, pois se tratava de uma equipe de trabalhadores que já utilizava esse termo e

os operava mesmo que de forma não sistemática. Nesse sentido, a maneira como foi construída a minha relação com os demais sujeitos no campo foi de fundamental importância para os resultados da investigação.

A entrada no campo foi realizada de forma gradual e pactuada com a gestora da unidade e com os trabalhadores. Inicialmente participei das atividades docente-assistenciais como colaborador na disciplina MD-945: Planejamento e Gestão para o 5º ano da graduação em medicina do DMPS -FCM/UNICAMP desde o início do ano de 2006, no CS DIC III. Já vinha acompanhando o modo de trabalhar dos profissionais deste serviço experimentando, através de participações em reuniões de discussões de caso e reuniões de equipe, o modo de realizar PTS que vinham utilizando. Do mesmo modo, os trabalhadores foram me conhecendo, percebendo meu modo de ser. Em nenhum momento houve qualquer tipo de estranhamento nessa relação. Até o momento da proposta de trabalho de campo eu era o pós-graduando da UNICAMP que atuava como professor colaborador no 5º ano. Mesmo assim, a relação construída foi muito respeitosa e produtiva, formal, muito embora não burocrática. A construção desse patamar de relacionamento favoreceu o processo dialógico na prática de educação permanente.

Eu já participei de muitos projetos, de mestrado, de doutorado, de iniciação científica e incentivo muito que esse tipo de atividade aconteça nos serviços. [...] A equipe nunca enxergou você como um ser pesquisador de longe que vem na unidade pegar dados. Você é o médico, companheiro, que se precisar de ajuda você vai dar. Que está ali para ajudar no que precisar. Acho que essa questão te fez tão próximo das equipes que o meu conforto, enquanto gestora, que estava ausente às quartas-feiras porque eu tinha reunião de coordenação, é que nunca tive a preocupação de pensar se estava mesmo dando certo. Porque você foi aceito pela unidade. Você faz parte da equipe. Você anda nos corredores e você é conhecido ou como professor do 5º ano ou como pesquisador do mestrado, mas você já é da casa. Acho que isso é importante porque eu senti a tua implicação nesse trabalho muito forte. Além do carinho que as pessoas tem por você. Você não é um anômalo pesquisando. Você é um deles e se precisarem de ajuda eles vão te pedir. Essa é a fala deles (Trecho transcrito de entrevista com coordenadora do CS DIC III, Janeiro 2007, Campinas).

Durante esses oito primeiros meses de interação no DIC III, observei algumas características relevantes do processo de formulação e gestão dos projetos terapêuticos no serviço: não havia uma “agenda” de discussões de PTS; na maioria das vezes os casos discutidos não eram retomados ou reavaliados em tempo adequado às necessidades e às estratégias pensadas para a resolução da situação-problema; o registro era muito incompleto e não definia claramente quais as responsabilidades de cada profissional envolvido no PTS; a formulação das ações a serem implementadas não passava em momento algum por uma negociação direta com o usuário envolvido.

De certa forma, esses problemas encontrados chamaram atenção, pois, mesmo que se tratando de um conjunto de trabalhadores que vinham vivenciando um modelo de gestão que privilegia momentos de planejamento e sistematização de informações, parece que o saber-fazer do planejamento ainda pouco foi incorporado quando se trata das práticas clínicas desses trabalhadores. Um dos exemplos disso foi a constante crítica levantada pelos alunos do 5º ano médico, de diversas turmas, com relação à qualidade dos prontuários, os quais, em sua maioria não continham as informações relevantes dos usuários, nem mesmo do ponto de vista estritamente biomédico.

Essa observação pode sinalizar a hipótese de que os momentos de planejamento, que são freqüentes naquele serviço, estão sendo encarados com algum grau de externalidade, no sentido de uma excessiva formalidade, pelos trabalhadores. Essa externalidade, que não equivale a um problema de valores morais do trabalhador, pode tornar o planejamento um processo normativo, burocrático, que encontra razão de ser apenas nos momentos em que se torna necessário sistematizar informações ou fazer aparecer um texto coletivo que justifique/legitime uma tomada de decisão do gestor. Nesse ponto, a geração de demandas induzidas pelo gestor, que é de fundamental importância para dar rumo ao processo produtivo e corrigir freqüentes distorções, pode ter efeito indesejado, caso essa indução de agendas de discussão seja excessivamente marcada pela leitura do coordenador do serviço, impedindo a manifestação dos desejos e dos interesses dos trabalhadores. Daí a externalidade, do ponto de vista do trabalhador. Nesse cenário, qualquer predisposição negativa a determinado profissional específico ou categoria, pode amplificar o sentimento de externalidade e provocar seu descolamento do processo produtivo proposto. No DIC III, o planejamento local tem sido movimentado cada

vez mais por projetos efetivamente implementados, em espaço coletivo, com divisão de tarefas e implicação dos trabalhadores, muitos dos quais se empenham verdadeiramente nas tarefas sob sua responsabilidade. Entretanto, esse processo se dá com maior dificuldade na categoria médica. As razões para isso são inegavelmente, em parte, decorrentes dos problemas estruturais do modelo de gestão municipal de saúde que provoca altíssima rotatividade de médicos na rede, insatisfação crônica da categoria e sobrecarga intensa de trabalho em função do excesso de demanda. De qualquer modo, a baixa participação dos médicos tem conseqüências na baixa qualidade dos prontuários e na dificuldade de continuidade efetiva dos PTSs.

Essa dificuldade de sistematização fez notar que mesmo questões importantíssimas e até óbvias que poderiam gerar processo de reflexão foram negligenciadas. Entre a análise dos casos numa primeira formulação de um PTS e uma reavaliação, após alguns meses, havia significativa redundância nas propostas de ações, o que vem a corroborar a hipótese de que a falta de sistematização deixava os casos no esquecimento após um período curto de investimentos provocados de imediato no início da operação dos PTS. Por outro lado, as dificuldades estruturais e de recursos das mais variadas formas levaram a uma desaceleração e uma relativa desresponsabilização dos profissionais em relação à continuidade dos PTSs. O ciclo de reprodução DEMANDA – BAIXA RESOLUTIVIDADE - DEMANDA certamente persiste em vários setores do DIC III, conforme podemos perceber na transcrição que se segue.

- **Médico 1:** *eu acho que algumas coisas com referência à demanda...por exemplo...não é que são problemáticas...a demanda é mais ou menos o seguinte...na medida em que você dá conta de uma demanda, que você resolve uma situação, surge outra necessidade. [...] Por exemplo, na questão da medicação... Se você resolver a questão da medicação, vai vir outra questão dessa pessoa que aquela medicação nunca vai ter resultado... Porque, na realidade, existem algumas situações que são outros os problemas que estão por detrás... E aqui a gente acaba lidando com isso. Então não é só aquela necessidade da saúde... Vamos falar... Não é só aquela coisa direta. [...] O que a gente vê quando chega aqui... [...] A doença...Vamos colocar assim: a falta de saúde. Só que se você for se embasar no próprio conceito que a OMS tem de saúde...*

A gente não tem saúde aqui... Porque seria aquela questão do bem-estar, da saúde, do lazer... Então é aquela coisa... (várias manifestações de concordância entre os outros colegas) O que a gente vê aqui... é que é assim... Chega o tomate... Você tenta resolver o tomate... Só que depois desse tomate aparece outro... E assim vai indo... Porque na realidade você não resolve o que está por trás. Entendeu?

- *Pesquisador: Então, poderíamos dizer, a partir da sua fala, que sempre haverá problema de demanda? (vários repetem: “sempre”!) Porque na medida em que a gente vai resolvendo, as demandas vão mudando e que as necessidades vão se transformando...*
- *Auxiliar de Enfermagem 1: E a gente continua parado... Porque vai aumentando (a demanda)... Vai aumentando a população...O mundo vai caminhando... E a saúde continua no mesmo lugar!... Quer dizer...Vai sempre criando demanda...Porque...O paciente chega e você atende o paciente naquilo... Só que ele já tem outra necessidade e a saúde não está acompanhando. Não está sendo... Pelo menos assim... Pelo SUS aqui da rede pública... Não ta acompanhando... (vários falam ao mesmo tempo sobre aumento da população, saúde também é cultura, falta cultura na população). (Trecho Transcrito da Primeira Oficina DIC III, 09/08/2006, Campinas).*

Houve um esforço intenso de procurar relacionar as concepções discutidas nas oficinas aos desafios enfrentados pelos trabalhadores do DIC III. Nesse esforço tentou-se conjugar questões que foram surgindo durante as discussões, problemas detectados por mim no processo de trabalho e questões apontadas pela coordenadora do serviço. As problemáticas atualizadas do serviço povoaram efetivamente as discussões das oficinas, conforme exemplificaremos em vários momentos mais adiante.

AS REFLEXÕES DOS SUJEITOS E OS PROCESSOS DE MUDANÇA

A pertinência da difusão do conceito de vulnerabilidade para a articulação das práticas de saúde individuais e coletivas

Situamos aqui uma contribuição da incorporação do conceito de vulnerabilidade conforme o temos considerado neste trabalho, para abrir possibilidades à inclusão dos sujeitos no processo clínico-terapêutico como alternativa ao processo de objetivação das práticas normalizadoras e como elemento articulador entre as práticas individuais e da saúde coletiva.

A seguir detalhamos a vivência de uma experiência efetiva de construção de um PTS, utilizando o referencial proposto por esse trabalho. Trata-se de um projeto terapêutico que teve como foco do olhar um sujeito coletivo: os moradores das ruínas de um prédio, onde antes ficava a sede de um supermercado local chamado Espina que faliu há aproximadamente seis anos.

Uma Experiência de PTS para Coletivo construída no DIC III

Após três oficinas em que foi introduzida a uma das Equipes de Referência do centro de saúde DIC III e discutida a *proposta de operacionalização do PTS* descrita neste trabalho, foi sugerida aos trabalhadores uma experiência real de operação de um PTS acompanhada pelo autor, passo a passo, em construção coletiva. Como cenário, um “caso” escolhido pela equipe, que fosse considerado prioritário e que a discussão contasse com a participação dos alunos do 5º ano médico da UNICAMP. Adiante transcrevemos o momento da escolha do caso, ao final da terceira oficina.

- Pesquisador: *Bom pessoal. Vocês têm o material escrito fornecido para vocês. Fizemos essas três oficinas em que aprofundamos razoavelmente o PTS; Vocês podem contar comigo e com a residente. Na próxima semana inicia uma nova turma do 5º ano aqui no DIC III. Minha proposta é que vocês escolham um caso de vocês para discutirmos com os alunos do 5º ano e utilizemos essa*

oportunidade para exercitarmos essa proposta de PTS; Proponho que nós, em conjunto com os alunos formulemos um cronograma que considere as duas semanas de atividade do 5º ano para construirmos o PTS em conjunto. Pode ser um caso de um indivíduo, com a sua família, ou um grupo de pessoas que vivem uma situação problema. Por exemplo, a residente L tem comentado muito comigo a situação das famílias que vivem num supermercado em ruínas...Poderíamos compor um PTS coletivo, analisando o conjunto das pessoas que vivem no tal supermercado como um coletivo. O que vocês acham? Seria interessante?

- *Profissional de Nível Superior Não Médico 1: O pessoal do Espina né! Seria legal...*
- *Medico 2: Aquela situação lá é bem complicada hein! Muito difícil!*
- *Auxiliar de Enfermagem 1: Vai bater com uma realidade muito complicada. Vai ter discussão de tudo. Coitados!*
- *Pesquisador: Olha só pessoal...Nesta relação com os alunos do 5º ano não temos necessariamente que apresentar para eles um caso em que foi conseguido sucesso. A discussão com o 5º ano não é demonstrar como se resolve um caso com PTS. Mesmo que o caso seja muito difícil e que não consigamos avançar um só passo. O tentar, o refletir, o avaliar que não deu certo traz amadurecimento, traz ampliação da nossa capacidade de análise, permite correções de trajetórias e aprimoramentos. Eles vão se beneficiar dessa discussão mesmo que o caso não ande um só milímetro na direção planejada. Por isso, relaxem! Não há nenhuma obrigação da equipe em demonstrar um caso de sucesso para o 5º ano. O caso serve para discutir o modelo de atenção, o modelo de gestão, as dificuldades e possibilidades do dia a dia...E dar alguma contribuição...Bom...Estando escolhido o caso, estou pensando em fazer a discussão desse modelo de PTS com eles, passar material para leitura, etc. Para facilitar e agilizar o processo. Mas antes vocês têm que escolher o caso. E aí, será o Espina ou tem um outro?*

- Auxiliar de Enfermagem 2: *Temos um outro caso de uma criança que tem retardo mental e os pais são alcoolistas que é muito pesado, bem difícil, né...*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *É, pode ser interessante...*
- Auxiliar de Enfermagem 2: *Mas o Espina é o nosso maior problema né.*
- Médico 2: *E um problema bem grande...Nós vamos ter que focar né?! É muito complicado para eles (os alunos).*
- Pesquisador: *Estava pensando de lidarmos inicialmente com o conjunto, uma área ou grupo vulnerável na idéia de sujeito coletivo. Depois, se a discussão for para esse lado, nada impede que se eleja um ou alguns indivíduos ou famílias ou subgrupos dentro do Espina para trabalhar com os alunos.*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *É um caso interessante que dá para discutir várias coisas: habitação, conselho tutelar...Abre bem para exercitar...*
- Pesquisador: *Os meninos do 5º ano vão ficar loucos!*
- Médico 2: *Eles vão ver que nós tentamos um monte de coisa e que até agora não deu em nada.*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *E eles vão ter que lidar com isso! Vai ser bem interessante.*
- Médico 2: *Mas é um monte de famílias...Cheio de problemas... Nós já discutimos e pergunta se alguma coisa...Não deu em nada...*
- Pesquisador: *Quantas famílias são?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *São nove. Mas eles vivem mudando e chegando gente lá...*
- Auxiliar de Enfermagem 1: *Nós fizemos até reunião com a habitação e não deu em nada.*

- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *Com a habitação, com o conselho tutelar e pergunta se nós tivemos retorno de alguma coisa...*
- Auxiliar de Enfermagem 1: *Todo mundo tentou alguma coisa mas acho que ninguém conseguiu nada...Mas é legal porque entrando os alunos do 5º ano...Vão pegar...*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *Não é que eles vão resolver o caso...*
- Auxiliar de Enfermagem 2: *Não, mas de repente eles vão levantar mais informações que a gente não está tendo. De repente para nós eles não abrem, mas para a UNICAMP...Né!?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 1: *Ou fecha né...Às vezes complica mais ainda...*
- Pesquisador: *Mas isso está totalmente em aberto para discutir com eles...Como se entra nesse lugar para entrevistar, para dialogar...Então pessoal, para mim é ao gosto de vocês...Querem fechar nesse?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico 2: *Acho legal.*
- Pesquisador: *Poderíamos tirar duas pessoas da equipe para fazer um breve relato do caso e passar para a residente. O que tiverem de informação...Aí já agendamos um momento para uma primeira discussão conjunta com vocês sobre o caso, após entrar em contato e discutir preliminarmente essa proposta de PTS e após eles fazerem uma primeira visita ao Espina. Então fechado?*
- Todos: *Fechado.*

A escolha do “caso Espina” veio ao encontro às várias expectativas minhas, da residente e dos trabalhadores da equipe. É fácil notar nos relatos que houve certa relutância de membros da equipe de referência em escolher o Espina, muito em função da baixa perspectiva de sucesso das intervenções que viriam a ser propostas. Até aquele momento,

o que tínhamos de informação a respeito do caso estava impregnado de um sentimento de impotência por parte da equipe. A equipe vinha acompanhando os moradores do Espina há um bom tempo. Alguns meses antes do período que aqui descrevemos houve uma tentativa de se compor uma discussão coletiva, com a presença de representantes da Secretaria de Habitação do município, do Conselho Tutelar e do Distrito Sudoeste. A equipe relatou que a reunião foi desestimulante, pois cada um dos atores presentes parecia plenamente convicto de que não havia nada a se fazer para o Espina que pudesse resolver a situação. O argumento principal, nesse sentido, foi do representante da habitação que disse não ser possível interferir no local já que se trata de propriedade particular. A postura do conselho tutelar não foi diferente, com o agravante de que, freqüentemente, havia denúncias de violência e as ações estavam restritas às ameaças de perda da guarda das crianças, a visitas da assistente social e a intimações para que os pais tratassem da dependência de álcool. Todas as informações sobre essa reunião convergem para a hipótese de que a equipe ficou convencida de que estava sozinha no caso e com muito poucas chances de conseguir provocar alguma mudança.

Houve também, por parte de alguns profissionais, um certo impulso de colocar os alunos em prova ou de “mostrar a eles como é a realidade”. Durante o período de oficinas que antecedeu o início da discussão do caso Espina em vários momentos surgiu essa questão. Como exemplo, transcrevemos parte de um diálogo, que surgiu na primeira oficina do grupo.

▪ Médico 1: *Minha opção pela saúde... Acho que é por que a saúde pode englobar muitas coisas, muitos conhecimentos, é possível fazer de tudo um pouco. Saúde pública porque trabalho também em consultório e percebo que o profissional que só fica no consultório fica desatualizado, fica fora da realidade do que é saúde do nosso país. Geralmente o profissional que consegue fazer essa ponte entre o público e o privado ele consegue ser um profissional mais completo. Ele consegue manter o pé no chão é preciso para saber o que é realmente indicação dentro da disciplina que ele faz e o que não é. Eu acho isso importante.*

▪ [...]

- Médico 1: *Eu acho que não é só uma questão de envolvimento com o trabalho. Eu acho que é uma questão de envolvimento com o contexto em si. Você tem que estar preparado como ser humano para entrar em contato com tudo isso também né... Quer queira ou não você se depara com algumas dificuldades que não são só do outro, são suas também...*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *E é por isso que a gente tem que cuidar da gente, não só cuidar do outro né.*
- Médico Residente 1: *Eu estava pensando no que você falou... Eu me envolvi com movimento estudantil... E na faculdade a gente discutiu muito a questão da reforma curricular da medicina. A minha turma foi a última no currículo antigo. A reforma vem muito nesse sentido de formar um profissional para um outro modelo... Que não é centrado nessa coisa só do atendimento individual. E os médicos são todos formados desse jeito... E tem todo um movimento de reforma para mudar isso... Os alunos do 5º ano que vêm aqui a cada 2 meses estão nesse currículo novo...*
- Pesquisador: *E esse é um processo lento não é?*
- Médico Residente 1: *Muito devagar... É um desafio... Os professores continuam falando as mesmas coisas... Não é porque mudou o currículo que os professores vão falar diferente...*
- Médico 1: *Eu acho que independente dessa coisa do currículo, de um modo geral a universidade está muito distante da realidade do que é o campo de trabalho... Algumas áreas estão tentando aproximar... A residência da saúde da família em campo... São novidades... Mas a gente na universidade trabalha muito longe da realidade... Na faculdade tem muito recurso... Você tem tudo que é condição ideal para saúde. Todo o recurso de ambiente de trabalho, de exames, acesso a todas as disciplinas que você precisar, assistente social da faculdade que cuida dos pacientes... Então assim... É um modelo assistencial que a gente consideraria ideal... E a gente precisa ter uma condição ideal na nossa formação... Essa coisa agora do professor ter de trabalhar em esquema de exclusividade na universidade... Não sei o quanto isso é*

legal, porque tira ele do contexto da realidade e quando a gente sai e se depara com toda essa situação, apesar de estar sendo mudado o currículo... O currículo é mudado para a gente tentar ver a coisa de uma outra forma. Só que está muito longe ainda do que é a realidade porque no papel não existe dificuldade real de você lidar com a falta de recurso econômico... Você trabalha hipoteticamente com as dificuldades que o paciente pode ter... Mas você manda uma cartinha e cada um interpreta aquilo de uma forma diferente e essa interpretação você só fica conhecendo a hora que você vê o paciente na tua frente... Então eu acho que tem muita dificuldade...

- *Profissional de Nível Superior Não Médico: Acho que também depende muito do curso e da faculdade que você faz... A minha formação foi toda voltada... Desde o primeiro ano a gente já ia para unidade básica. Atendia em unidade básica. Em ocupação. Acho que cada área evoluiu diferente...*

Interpretei essa questão da dicotomia REALIDADE DO SERVIÇO x ACADEMIA como equivalente à dicotomia TEORIA X PRÁTICA. Ambas falsas no nosso entendimento. Nesse contexto a reprodução dessas falas não só se faz possível pela tradição como também pela necessidade de afirmação do poder de quem está do lado da “realidade” em contraposição ao poder do ator que representa a academia, ambos disputando o direito “ao discurso sobre a verdade” (Foucault, 2005a).

Todavia, quando um profissional de saúde opõe teoria e prática, colocando-se no pólo da prática, ao mesmo tempo em que questiona a legitimidade da “teoria” produzida na academia, abdica de ser ele mesmo um formulador de teorias, já que se coloca de modo dicotômico no pólo da prática. Essa estratégia além de falha na perspectiva do ator que tem o projeto de legitimar sua produção de conhecimento na prática cotidiana dos serviços, reforça o papel social mais tradicional da academia como lócus de produção de saberes legítimos.

Para sair da armadilha propusemos, como dispositivo de reflexão, uma discussão suficientemente aprofundada sobre as diferentes concepções do saber, da produção de verdade e de vários modelos de cientificidade possíveis. Essa discussão,

não só se mostrou potente para reafirmar o papel dos profissionais de saúde e usuários na produção de saberes como favoreceu que os próprios profissionais de saúde revissem suas concepções a respeito do valor de uso das ciências e dos modos de produzi-la.

Todas essas reflexões tornaram possível a produção de um deslocamento dos saberes ontológicos da saúde e da doença para um *lugar suspenso*, embora acessível, o que favorece a ação dialógica entre sujeitos usuários e profissionais de saúde. A idéia basagliana (Torre e Amarante, 2001) de colocar “a doença entre parênteses” não nos parece suficiente, se faz necessário colocar todo o conhecimento *a priori* entre parênteses para que seja possível que os sujeitos se libertem eles mesmos dos parênteses em que foram colocados pela prática objetivante. No olhar foucaultiano, toda a ontologia prescinde das singularidades dos sujeitos. Todavia, esse é um movimento difícil, que demanda esforço permanente e vigilância. Um exemplo disso está descrito na minha própria fala, que demonstra um momento de reprodução da dicotomia descrita, o que fica patente no modo como comunico a minha expectativa em relação aos alunos discutirem esse caso: “*Os meninos do 5º ano vão ficar loucos!*”.

Ao mesmo tempo, outros profissionais parecem resistir a expor os “fracassos” da equipe nas suas tentativas de “resolver” o problema. Não problematizei esta última questão de forma aberta no espaço coletivo. Mas em vários outros momentos os trabalhadores trouxeram a tona essa resistência que foi aos poucos diminuindo ao longo dos trabalhos. Esses estranhamentos eu relacionei à persistência de posturas dicotômicas entre academia e serviço, nas quais a academia representa algo distante da *realidade*, a qual só pode ser vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde. Essa persistência demonstra que há fragilidades no processo implementado, as quais merecem atenção e esforço de aprimoramento. Desde o começo do trabalho estive empenhado em não favorecer que um profissional, ao final de uma atividade se sentisse impelido a dizer: “*Bom, agora que acabou, vamos voltar para a realidade*”.

A médica residente em medicina preventiva e social da UNICAMP, que cumpria estágio no DIC III, já vinha sugerindo o caso Espina já há alguns meses. Mostrou-se muito interessada na oportunidade para discutir com a equipe e com os alunos os processos históricos, políticos e sociais que explicam o surgimento e a manutenção de

lugares como o Espina. Entendi e me identifiquei em parte com esse interesse. Além disso, vindo de uma escola que tem um olhar crítico para o discurso da intersectorialidade da Promoção da Saúde, seria muito interessante colocar em teste nossas próprias posições. Além disso, seria uma excelente oportunidade de exercitar um PTS coletivo num contexto considerado pela equipe como “o maior problema”. Desse modo, em alguma medida também me impliquei com a decisão da equipe.

Outra questão que considero relevante é a dificuldade, expressa nesse caso, pelo Médico 2, mas certamente presente em outros profissionais, de “apreender” o Espina pelo conjunto. Houve um tensionamento, em vários momentos, para que fosse adotada uma “focalização” que tornasse possível (ou mais palatável) uma compreensão da realidade daquele local pela via das suas partes. Meu posicionamento foi de tentar impedir essa focalização quando esta tendia a se adequar na linha de um processo de enquadramento às ofertas normalizadas do serviço. Outra preocupação foi a de que a decisão por “focalizar” ou não deveria, ao meu entender, vir após um esforço de compreensão da complexidade do Espina enquanto Espina, não numa tentativa de totalização, mas numa tentativa de diminuir os efeitos negativos da excessiva simplificação. O caso é difícil porque é complexo. Procurar entendê-lo em partes só o torna mais complicado, mas não compreendido. É possível relacionar essa questão com uma dificuldade de pensar a clínica para coletivos, para o que propomos como forma de facilitar essa operação a idéia de sujeito coletivo. Mas aprofundaremos essa discussão logo adiante.

Ponto interessante foi a percepção de que aquelas pessoas que residem no Espina poderiam ser mais responsivas às incursões da “UNICAMP” do que da própria equipe de referência. O que foi contestado por outro profissional prontamente. Quando presenciei esta discussão relatei quase imediatamente com a recomendação do MS, que persiste até hoje, dos ACS residirem na área pela qual são responsáveis, sob o pressuposto de que nessa posição poderia dialogar em melhores condições do que alguém que não mora naquela região. Considero essa recomendação no mínimo questionável.

Os alunos do 5º ano e o professor procederam a primeira visita ao Espina, acompanhados por mim, pela ACS responsável, por uma das Auxiliares de Enfermagem da Equipe e pela Médica Residente.

Na primeira visita, tivemos a oportunidade de realizar um olhar global sobre a área e habitações (avaliando as principais situações de risco) e conversar brevemente com alguns de seus habitantes acerca dos serviços de saúde oferecidos, acolhimento, vínculo com o Centro de Saúde DIC III, dificuldades. [...] No local vivem no momento sete famílias (de até sete integrantes) em pequenos cômodos separados por tábuas de madeira e/ou pedaços de lona. Os cômodos são pequenos, úmidos, escuros e algumas das habitações encontram-se em péssimas condições de higiene. Em todas as habitações há energia elétrica, fogão, geladeira, televisão e rádio (em algumas há inclusive forno de microondas e videogame). [...] Uma das maiores queixas levantadas refere-se aos banheiros. Algumas famílias possuem banheiro em suas habitações e outras se utilizam de comunitários (havendo problemas com higiene, uso compartilhado por homens e mulheres etc), sendo que o esgoto é, aparentemente, despejado em “fossa” (os moradores entrevistados não souberam informar com precisão o destino do mesmo). [...] Outro ponto importante é o fato de não haver água encanada (essa é pega pelos moradores em torneiras de um bosque existente na região). [...] Do lado de fora das moradias, no “pátio” comum, existe grande quantidade de lixo reciclável (uma quantidade ensacada e outra espalhada, inclusive bem próximo às moradias), pois alguns dos moradores trabalham em reciclagem de lixo (separando-o e em seguida enviando-o para empresas de reciclagem). Surgem daí riscos de doenças como o dengue, devido a existência de potenciais reservatórios para as larvas do mosquito (situação essa revisada periodicamente por funcionários do Centro de Zoonoses) (trecho de relatório produzidos pelos alunos do 5º ano após primeira visita ao Espina, setembro de 2006).

Percebe-se aqui um relato simples das condições físico-organizacionais do Espina. Até esse momento não foi questionado, nem tampouco dirigido, o modo de registrar as impressões sobre o território, que aspectos são relevantes ou não e que informações faltaram no relato. De fato, esse registro não foi entregue por escrito à equipe. Criou-se um momento de uma primeira discussão do caso logo após a primeira visita dos alunos, com participação dos trabalhadores da equipe, da residente, do pesquisador e do

orientador, o qual, naquele contexto, era o professor dos graduandos do 5º ano. Antes de aprofundarmos as questões relevantes transcrevemos trecho do relatório dos mesmos alunos feito após essa reunião.

Logo no início da reunião, pudemos perceber que muitos dos relatos, experiências e preocupações (trazidas sobretudo por uma das agentes e pela auxiliar de Enfermagem, pessoas mais próximas da comunidade do Espina) não eram de conhecimento e da vivência dos demais membros da equipe. Apreendemos algumas falas que evidenciavam tal fato como: “*Sei que o local é ruim, mas não sei direito como é lá*”; “*As pessoas não procuram muito o C.S., só em casos de urgência*”; “*Quando passo em frente ao local tento olhar lá para dentro para ver como é*”. [...] Ficou claro, já no início da discussão, que era muito fraco, ou até inexistente, o vínculo entre a Unidade e a comunidade do Espina. De acordo com os próprios médicos, não havia acompanhamento da maior parte dos moradores, pois os mesmos só procuravam a Unidade em casos de urgência. [...] Durante a visita ao local, tivemos a oportunidade de questionar alguns moradores acerca dos serviços de saúde oferecidos, sendo que a grande maioria dos entrevistados nesse primeiro momento respondeu ser de boa qualidade e disse não ter reclamações a fazer. [...] Dessa forma, percebemos que, por detrás da aparente satisfação de tal comunidade do Espina com o serviço de saúde oferecido havia a inexistência de vínculo com a equipe e com a Unidade de Saúde. [...] Ao questionarmos alguns integrantes da equipe acerca do que esperavam da nossa atuação, recebemos a resposta de que eles desejavam que nós os auxiliássemos a tirar as pessoas daquele local, pois as mesmas permaneceriam ali no intuito de ganhar casas cedidas pelo governo do Estado e que tal fato não ocorreria em breve (de acordo com reunião que realizaram com representantes da “Habitação”). [...] Com isso, surgiu um sentimento de impotência nos envolvidos no projeto, pois aparentemente a questão fugia das nossas possibilidades enquanto alunos de medicina e profissionais da área de saúde. Tratava-se, a uma primeira vista desarmada, de um problema eminentemente social, no qual em pouco poderíamos contribuir. [...] No entanto, com o aprofundamento da discussão e considerando-se o conceito de intersetorialidade, além das questões sociais como condições das moradias, aglomerado de

pessoas e a falta de higiene foram levantadas situações e demandas da área escolhida nas quais seria possível estabelecer ações para implementar projetos de intervenção. [...] A primeira questão levantada foi a do alcoolismo/drogadição, havendo no local uma habitação em que viviam no momento quatro homens com problemas relacionados ao alcoolismo. Foi dito que atualmente, com a existência recente de profissional de Saúde Mental integrado à equipe e com a existência de um projeto de instituição, em breve, de um grupo para alcoolistas na Unidade, acredita-se na possibilidade de maior sucesso no manejo e acompanhamento desses casos. [...] A segunda preocupação, em parte relacionada à primeira, foi a da violência doméstica - já tendo havido casos de espancamentos de mulheres e crianças - inclusive com 3 famílias sofrendo denúncias no Conselho Tutelar (2 delas não diretamente por violência, mas por crianças permanecerem sozinhas em casa, em meio a situações de perigo, como o exemplo de uma das crianças que foi pega colocando fogo em um sofá). [...] Foi levantada ainda mais uma preocupação em relação ao grupo de crianças e adolescentes, sobretudo acerca da não realização de outras atividades além da escola (fazendo com que permaneçam no local por muito tempo e estejam sujeitos a riscos como violência doméstica, drogadição, etc) e da não existência de vínculo com o Centro de Saúde (muitas crianças não são regularmente acompanhadas por pediatras) (trecho transcrito de relatório de atividades de campo dos alunos do 5º ano médico, disciplina MD-945, Campinas, setembro de 2006).

Note-se de imediato que o relato inicial do território Espina fica tremendamente empobrecido se comparado ao que está registrado no relato da reunião de discussão do caso. Aparece, com toda a clareza as implicações de cada um na relação com o Espina. Parte da equipe compreende o território Espina apenas levando em consideração o que imagina do lugar. É claro que quando levantamos detalhadamente as características do Espina, várias dessas pré-noções encontraram projeção na realidade. Todavia, o Espina mostrou não ser somente o que as pré-noções dão conta, com base em características gerais comparáveis a outros territórios semelhantes ou a outras experiências. Nessa reunião,

o contexto sobre o qual se deveria construir este PTS começa a se tornar visível. Os conflitos internos da equipe vêm à tona diante da impotência, da perspectiva de um possível fracasso. Os alunos não fogem de sua externalidade e neste momento se comportam como avaliadores externos. Entretanto, houve pequena necessidade de contenções por parte do pesquisador ou do professor. A equipe já acostumada a passar por situações como essa conseguiu contornar a situação, embora tenha se mobilizado, já que ficou evidente que praticamente ninguém da equipe conhecia a fundo a questão Espina.

A situação-objetivo desenhada pela equipe (“retirar os moradores do Espina”) ficou evidente, por mais que alguns membros da equipe tentassem negar. Isso, por sua vez, desarmou o grupo de alunos. Esses alunos vieram para este estágio logo após cursar o internato da Pediatria, e vinham ávidos para vivenciar processos programáticos (fazer puericultura das crianças, por exemplo). Quando a equipe demandou deles que os ajudassem a retirar as famílias daquele lugar, ficou evidente que, mesmo sendo “quase médicos” não tinham apreendido nenhum instrumental para discutir esse pedido. Nem mesmo para se contrapor e negociar uma saída. Ficaram completamente atônitos. Nos parece um exemplo vivo do fenômeno descrito por Ayres (2003) como “ampliação paralizante”. Entreolhavam-se e por gestos nos pediam uma saída. Foi então que o professor propôs recortes de análise e intervenção para adequar o processo aos objetivos do curso dos alunos. Foi desse modo que surgiram as possibilidades de aprofundamento nas questões da dependência de álcool que acometia todos os homens adultos do local e da atenção ao grande número de crianças moradoras do Espina, que passava pela discussão do problema de casos de violência doméstica envolvendo crianças. Essa proposta que a princípio foi aceita pelo grupo todo, o qual escolheu discutir a questão da situação das crianças do Espina foi trabalhada de modo a não representar uma redução de análise da problemática local, mas servir de entrada, de oferta da equipe aos moradores do Espina. Uma forma de acesso da equipe ao território Espina, provocando ela mesma um deslocamento no seu próprio território, abrindo novas possibilidades de compreensão da complexidade da situação-problema a ser enfrentada. Assim, garantiu-se que a intervenção dos alunos tinha possibilidades de ultrapassar em muito a oferta de um tradicional grupo de puericultura.

Ao final da primeira reunião com a equipe os alunos estavam pouco satisfeitos com os resultados. Segundo eles a proposta de produzir uma entrada no território do Espina através de uma oferta voltada para as crianças não diminuiu o incômodo causado pela demanda da equipe de referência por ajuda para retirar as famílias daquele local. Após uma discussão mais aprofundada sobre o referencial de território que temos trabalhado nesta investigação e utilizando alguns textos como leitura complementar, os alunos decidiram investigar o processo histórico que fundou e constituiu o território Espina. A aposta foi de que alguma descoberta nesse caminho poderia clarear para nós como lidar com essa demanda da equipe. Procederam mais uma visita ao local para entrevistar os moradores. Segue adiante um relato dessa nova incursão.

Ao entrarmos no Espina, logo nos deparamos com um pequeno cartaz fixado em uma parede em que estavam dispostos os “mandamentos” do local. Tratava-se de orientações para melhor convívio entre os moradores e preceitos básicos de boa conduta, tais como: manter a higiene do local, não xingar, não brigar, dentre outros, com a seguinte assinatura: a coordenação.

Ao questionarmos alguns moradores sobre a existência de algum tipo de organização interna percebemos que existe, como parte fundamental do processo de criação e manutenção dessa comunidade, a figura de um pastor, não habitante do local, apontado por alguns moradores e por integrantes da Equipe de Saúde como o condutor das pessoas para tal local e como “responsável” pelo estabelecimento da “ordem”. Soubemos, através de conversa com a coordenadora da Unidade, que o pastor é conselheiro de saúde⁶, tendo sido bastante ativo nas questões de saúde nos últimos tempos.

Ao serem questionadas, algumas mulheres do local relataram que existe muito desentendimento entre os moradores, sobretudo em relação à limpeza das áreas comuns, sendo que só há acordo nos momentos em que o pastor está presente.

Durante os dias que tivemos disponíveis para a realização do projeto, tentamos encontrar o pastor (atualmente candidato a Deputado Estadual), o que não foi possível, em um primeiro momento,

⁶O pastor é membro do Conselho Local de Saúde do DIC III.

devido aos compromissos de campanha do mesmo. Em seguida foi agendado um encontro na Unidade, ao qual o mesmo não compareceu.

As tentativas de realização desse encontro ocorreram por julgarmos de grande importância a fala do pastor para que haja entendimento ainda maior acerca do desenvolvimento e manutenção de tal comunidade no local e do papel do mesmo nesses processos. Dessa forma, será interessante e importante para a Unidade, dentro do desenvolvimento do PTS, estabelecer contato com o pastor, o que, de certa forma, pode ser facilitado pelo fato de o mesmo ser um Conselheiro de Saúde e já ter estado em bastante contato com membros da Unidade.

Pelo que pudemos apreender nesse pequeno período em contato com a comunidade do Espina existe por parte de alguns moradores (senão da maioria) um desejo de conseguirem casas cedidas pelo Governo Estadual.

A maioria deles dirige-se para tal local por impossibilidade de pagamento de aluguel, desemprego, dentre outros, e ali permanecem, a despeito das condições sociais existentes, com a esperança descrita acima (pois houve um caso de uma ex-moradora que conseguiu alcançar tal objetivo).

Acreditamos que, para o desenvolvimento um PTS realmente eficaz, que traga benefícios reais a tal comunidade e à sua relação com a Unidade, será de grande prejuízo a discussão e a pré-noção de que a permanência daquelas pessoas no local não é legítima e que se dá por “acomodação” dos moradores (pois esses teriam meios mais “dignos” de conseguirem suas casas, por meio de maior esforço individual).

A própria permanência dessas famílias em um local de condições tão adversas pode ser considerada, por si só, como uma verdadeira luta, um verdadeiro esforço na busca do objetivo da casa própria. Assim, faz-se necessário uma mudança dos olhares lançados ao Espina para que seja desenvolvido um PTS livre de pré-conceitos e que consiga, por meio da intersectorialidade, promover a resolução das situações de maior preocupação (trecho transcrito de relatório de atividades de campo dos alunos do 5º ano médico, disciplina MD-945, Campinas, setembro de 2006)

O enriquecimento do processo de territorialização se mostrou crescente e subsidiou a formulação de uma tomada de posição e de um discurso que fez emergir o grupo de alunos como sujeito no processo de formulação do PTS – Espina. Desse ponto em diante eles passaram a defender um posicionamento, conhecer cada vez mais o território e se armar de argumentos que confirmassem suas hipóteses explicativas e suas opiniões. Manifestavam-se preparados para dialogar e negociar com a equipe. O interessante é que, nesse ponto, os alunos ainda não tinham clareza de uma proposta de projeto, mas não estavam mais imobilizados pelo sentimento de impotência. De algum modo o sentimento de impotência transitou para o de desafio. Partiram para a construção de uma proposta de trabalho que deveria ser negociada com a equipe de referência.

Houve um momento muito estratégico no desenrolar do processo em que os alunos entrevistaram a terapeuta ocupacional que é a profissional da equipe de saúde mental do serviço e tem papel de apoio matricial para a equipe de referência em questão. Essa profissional estava responsável por acompanhar três famílias moradoras do Espina que foram denunciadas ao conselho tutelar por questões de negligência e violência contra crianças. Os alunos discutiram os casos das crianças e foram correlacionando as novas informações com o que já tinham levantado até então e perceberam que havia um grupo de pessoas no Espina que eram responsáveis pela sobrevivência das famílias daquele lugar, não só no sentido material dos recursos, como e principalmente enquanto sujeitos que lutam bravamente para sobreviver apesar das condições extremamente desfavoráveis à vida humana tida como digna por muitos de nós. Esse coletivo era constituído pelas mães do Espina. As mulheres, na sua grande maioria não eram usuárias de álcool ou drogas; mantinham às duras penas qualquer atividade remunerada; perseguiam todas as possibilidades de conseguir algum benefício ou ajuda; organizavam ao modo delas o cotidiano dos filhos; estavam na “fila da casa popular”; tinham preocupações em não terem problemas legais para não perderem o direito à casa; cuidavam da segurança das filhas adolescentes; preocupavam-se com os períodos livres/ociosos dos próprios filhos. Após essa entrevista os alunos aumentaram sua certeza de que não havia “acomodação” das pessoas do Espina. Lá, havia mulheres que lutavam pelos seus projetos e sonhos.

Ainda no contato com a terapeuta ocupacional descobriram que na região havia uma série de equipamentos que ofereciam atividades profissionalizantes. Construiu-se então, em conjunto com a terapeuta ocupacional, um projeto de grupo que seria realizado no espaço do Espina ou nas proximidades para discussão com as mães do Espina na tentativa de se criar um projeto emancipatório construído coletivamente com os moradores. A primeira oferta da equipe seria a divulgação das atividades profissionalizantes disponíveis na região e nos casos necessários o acompanhamento e até a negociação de vagas junto às entidades mantenedoras dos projetos para tentar garantir a inclusão de todos os moradores do Espina que se interessarem por essas atividades. Com objetivo de embasar melhor essa proposta os alunos entrevistaram novamente alguns moradores do Espina, em especial, os adolescentes.

Conforme alguns entrevistados, atualmente o lazer das crianças baseia-se em fins de tarde no bosque, o que traz preocupações às mães por haver conhecido consumo de drogas por jovens que freqüentam o local.

Ao questionarmos sobre os gostos das crianças e adolescentes reconhecemos que muitos deles desejam desenvolver atividades esportivas e culturais, mas que não têm a informação de onde buscar tais recursos.

Um dos adolescentes que tem 17 anos presta serviço nas redondezas sendo reconhecido como o melhor em fazer ligações elétricas clandestinas (os populares “gatos”). Em entrevista ele se manifestou interessado, se houver possibilidade, em fazer um curso técnico de eletricitista (trecho transcrito de relatório de atividades de campo dos alunos do 5º ano médico, disciplina MD-945, Campinas, setembro de 2006).

A equipe, como já foi referido, mobilizou-se. Atribuiu as problemáticas vividas desde o início da discussão do caso Espina ao desconhecimento da maioria dos profissionais sobre o território. Fizeram uma severa autocrítica sobre as falas surgidas na primeira reunião e resolveram recompor-se e rever posicionamentos. Decidiram ir todos

visitar o Espina. Agendaram a data, mobilizaram-se com os próprios carros, alguns foram a pé e numa manhã ensolarada de setembro estavam lá todos eles prontos para conhecer o Espina. Fizeram uma série de entrevistas. O pesquisador acompanhou os trabalhadores sem a presença dos alunos. Essa visita da equipe se deu muito próximo da data final do estágio do 5º ano que tem apenas 10 dias úteis em meio período. Assim, a equipe teve oportunidade de discutir o caso no coletivo no momento da apresentação final dos alunos. O cenário estava montado. Os alunos construíram um olhar sobre a situação-problema. A equipe, a seu modo, também. Restava então criar um espaço coletivo de negociação em que os projetos fossem discutidos. Esse espaço se concretizou no momento em que o grupo de alunos fez seu relato final à equipe e apresentou suas propostas.

Durante nossa permanência na UBS DICIII participamos de uma reunião do Núcleo de Saúde Coletiva⁷ na qual propôs-se um cronograma para discussão dos diferentes assuntos demandados e ofertados às equipes de saúde. Nessa reunião ficou estabelecido que o desenvolvimento do PTS do ex-mercado Espina ficaria sob responsabilidade do Núcleo, tendo a equipe de referência como responsável pela organização e instituição das ações. Assim foi agendado, nessa reunião, encontro para rediscussão dos problemas, objetivos e ações do Espina com o intuito de traçar objetivamente as estratégias para implementação das ações propostas:

- Elaboração das Fichas Clínicas Ampliadas, conforme o modelo de questionário apresentado, e sua incorporação aos prontuários.
- Organização dos prontuários familiares, revisão dos números (FF) e dos componentes de cada família, eliminando-se fichas da mesma pessoa em pastas diferentes.
- Discussão com os membros da Equipe, sobretudo médicos (para essa intervenção: pediatra de referência) acerca do esforço para estabelecimento de vínculo, tentando-se eliminar, na medida do possível, a lógica do Pronto-Atendimento.

⁷O Núcleo de Saúde Coletiva é uma instância colegiada de cada Centro de Saúde ou de outros serviços da rede pública municipal de saúde que tem atribuições relacionadas às ações de vigilância em saúde e a constituição de projetos, com enfoque em ações de saúde coletiva que atuem sobre problemas prioritários do território de abrangência (SMS-Campinas, 2001).

- Mapeamento e visita ao aparato social existente na região e sua acessibilidade.
- Construção do grupo de discussão Mães do Espina, com a responsabilização de integrantes da Equipe nessa tarefa.
- Agendamento de encontro com o pastor para melhor entendimento do contexto histórico-social do local.
- Criação de momentos de avaliação da implementação do projeto entre a Equipe e entre a Equipe e os outros sujeitos implicados no projeto (trecho transcrito de relatório de atividades de campo dos alunos do 5º ano médico, disciplina MD-945, Campinas, setembro de 2006).

Os alunos utilizaram essa oportunidade de discussão com maestria. Utilizaram imagens, depoimentos dos dramas pessoais de algumas pessoas do Espina para corroborar suas hipóteses. A partir dessas propostas procedemos a várias discussões no grupo para promover reflexão sobre o processo vivido por todos que participaram. Essas discussões acabaram por fornecer material rico de avaliação do processo que comentamos a seguir.

- Profissional de Nível Superior Não Médico: *Acho que o maior ganho para vocês foi ampliar o olhar sobre o lugar para possibilitar outras abordagens e não ficar preso num diagnóstico muito médico... Para nós vocês conseguiram fazer isso, o que nos possibilita repensar nossas ações, porque o caso do Espina tava meio empacado.*
- Médico Residente: *Acho que o Espina é um caso extremo. Mas um caso extremo assim favorece uma discussão mais aprofundada do território, para além dessa coisa da casa com janelinhas, fossa, tantos cômodos... Isso ajudou a perceber as questões lá do Espina, o que faz aquele lugar daquele jeito. Qual é o modo das pessoas de lá lutar pelo que necessitam.*

- Coordenadora do DIC III: *Quando foi falado para vocês discutirem o projeto – Espina eu me perguntei: será que não assusta um grupo de alunos que fica 10 dias?*

- Aluno do 5º ano I: *E nós então? (risos).*

- Coordenadora do DIC III: *Será que não é necessário um tempo maior? Até que dava pra levar... Mas 10 dias? Ai meu Deus! Achei que só dava para levar os alunos para dar um passeio no território! Fiquei lembrando de quando eu estava em outro Centro de Saúde do problema do ferro velho. Um lugar que só tinha entulho e era um foco de leptospirose e dengue. Nós fomos levar os alunos do primeiro ano para dar uma olhada. Aquilo pra nós era uma realidade tão distante... Como é bom sonhar e acreditar né! Era distante, porque a quantidade de toneladas de lixo, de ratos... Naquela época nós tínhamos naquele Centro de Saúde em torno de 350 casos positivos de dengue por ano. E nós fomos chamados para dar um jeito naquele território. O ministério público estava envolvido e sempre multando... Mas isso não adiantava, a questão era a interdição. Aí a gente foi nas associações, nas igrejas, num outro movimento que levou um tempão... E aí a questão dos objetivos de curto, médio e longo prazos... Cinco anos! Nós levamos cinco anos! Fomos nas comunidades dizer que o problema ali era bem maior que a questão de pratinhos com água. A questão era bem maior... Todo esse movimento ajudou a tensionar que o poder público fosse junto... No fim foi envolvido o exército, a polícia, nós não íamos sozinhos por a cara lá né?... Foi o distrito, algumas pessoas da comunidade. As agentes ficaram meio na retaguarda para evitarmos algum tipo de retaliação. A gente não deu a cara para bater de frente. Daí o ferro-velho foi lacrado. Hoje ele está completamente limpo. Então temos uma situação para resolver que precisa de uma intersetorialidade para que a coisa aconteça. Só que a gente tem que ver qual é a nossa parte em tudo isso, porque essa coisa da intersetorialidade demora e patina muito. E o que eu acho interessante nesse trabalho é que vocês trazem coisas mais concretas... O que vamos ofertar agora para essas pessoas. Para aquele que está bebendo. Para o adolescente dependente químico. Para quem está vivendo no lixo... Fazer uma clínica que*

não é baseada no pronto-atendimento, fazer um PTS para essas pessoas, concretizar esse atendimento. Vamos fazer o grupo de mães porque elas são o sustentáculo da casa, elas que bancam tudo isso. É muito importante que elas contem com os equipamentos. Mas nós temos que chamar esses equipamentos e dizer: Esse grupo está no Espina... Vamos chegar para a escola e perguntar o quanto eles vão participar do PTS dessas crianças. Eles têm que priorizar! Tem que priorizar! Porque senão, a gente vai ter que responder publicamente por essa criança que não está estudando, por essa criança que está jogada, que está sem creche... E a gente começa com isso já na sexta-feira, que temos reunião com eles. Então vocês começam a trazer para a gente, em termos de saúde coletiva, uma possibilidade de sonhar com o pé no chão.

- *Médico 2: Pensamos em dar um caso bem “cabeludo” pra vocês! (tom de brincadeira; risos).*
- *Médico 2: A gente vê que a clínica é muito ampliada e muito diferente do que a gente vê na universidade. A gente aprende a ver exame, aprende a examinar a passar medicamento... Aí chega aqui com isso e não vai fazer nada! Todo o conhecimento da gente só serve dentro do consultório né. Aí, em algum momento... A não ser que você vá se formar cirurgião plástico e vai trabalhar com o seu pai, e a gente sabe que a maioria de vocês não pode fazer isso... Aí vai ter que dar um jeito de aprender a lidar com os problemas daqui.*
- *Médico 1: Acho que, com relação ao Espina, nós estávamos numa situação que a gente não conseguia mais ver como agir. Lembro até que quando discutíamos qual caso seria escolhido, alguém falou de quem sabe um grupo vindo de fora pode trazer um olhar diferente e consegue dar um andamento, coisa que a gente que está inserido no dia-a-dia não consegue enxergar. Acho que foi isso que aconteceu. Nós não tínhamos essa visão do grupo das mães...*
- *Profissional de Nível Superior Não Médico: É, estava desorganizado.*

Essa mudança na capacidade de análise dos alunos é descrita com tal clareza pela equipe que nos revela que também esta começa a ampliar sua percepção. Nesse sentido, a presença da coordenadora nessa reunião provoca movimentos, seja para afirmação de tomadas de posição com relação ao desenrolar do caso, ou para provocar a movimentação da equipe. A referência à experiência do ferro velho na área de outro Centro de Saúde ajuda a equipe a lidar com a morosidade dos resultados nesse projeto.

- Coordenadora do DIC III: *Gostaria de colocar que eu tentei convidar os conselheiros de saúde para esta reunião. Inclusive o pastor [...] Acho importante que eles acompanhem como está essa questão do Espina e nos ajudem a propor saídas. Mas infelizmente nenhum deles pode comparecer. Acho essencial conversarmos com o pastor para entender a posição dele nisso. Quando eu vi o carro de campanha eleitoral no Espina fiquei surpresa. Mas não vamos fazer juízos de valor apressados. Eu como gestora tenho a obrigação de ouvi-lo em suas razões sobre isso, antes de tomar alguma resolução. Quero dizer também que vamos trazer essa questão do Espina para a discussão que faremos na próxima sexta-feira com os diretores de escolas da região. Vamos ver se há possibilidade das escolas contribuírem com alguma coisa. Algum tipo de priorização, por exemplo. E ver que projeto eles possam ter para esse lugar. Ver que negócio é esse da classe separada...Achei muito legal o trabalho de vocês.*
- Aluna do 5º Ano I: *Achei muito interessante essa proposta de trabalho com as mães do Espina, porque abre uma possibilidade de diálogo entre a unidade e aquelas pessoas lá. Porque a gente não vai conseguir conversar logo de cara assim com o pai que agride as crianças. Quando a gente foi lá quem nos recebeu e estava sempre ali para conversar foram elas. É o grupo mais coeso, mais organizado, são elas que se preocupam com os filhos... Nós percebemos que já é uma luta grande a vida delas. Elas lutam por um objetivo que às vezes nunca vão alcançar, que é esse negócio da casa. Aí começamos a investigar e acho que dá para ajudar em bastante coisa.*

- Aluna do 5º Ano II: *Uma das mães falou para a gente que às vezes as crianças brigam na escola. Segundo ela brigam porque são discriminadas. Ela contou que dizem que o pessoal que mora no Espina é tudo lixeiro. Todo mundo pensa assim. Então as outras crianças chamam os filhos dela de lixeiro e aí elas brigam. Aí eu fiquei pensando até que ponto as pessoas vão aceitar os lixeiros do Espina e até que ponto isso vai abalar as outras crianças que estão lá...*
- Aluna do 5º ano III: *Outra mãe deixou de catar lixo. Ela disse que prefere parar de catar lixo para não sentir vergonha.*
- Médica Residente: *Lembra coisas que eu vi com relação ao Movimento dos Sem-Terra... As pessoas chamando os filhos dos “sem-terra” de “sem-terrinha”.*
- Pesquisador: *Vê como é importante refletir sobre essas falas porque senão, corremos o risco de reproduzir esses discursos. Quando a gente pensa em articular com outros atores sociais temos que fazer essa discussão...*
- Aluno do 5º ano II: *Pra não virar o discurso da caridade! Do tipo: Vamos lá levar mais uma cesta básica para os coitadinhos...*
- Pesquisador: *Acho que seria interessante, por exemplo, discutir com os professores e com o diretor da escola que tipo de contra-discurso aquela instituição faz, ou não faz, ou está interessada em fazer para se contrapor a essa questão do preconceito e da segregação. A professora da escola não percebe o motivo das brigas das crianças? Será que ela trata isso como mera indisciplina? Lembram aquela história que a escola ali do lado do Espina separou as crianças com problemas, os indisciplinados, aqueles que geralmente eles encaminham ao posto de saúde para avaliação psicológica e colocou todos juntos numa mesma sala? Será que foi isso mesmo? Que leitura e que ações tirar disso? Tudo isso poderia ser problematizado. Na escola da minha filha a questão da reciclagem é muito valorizada. Toda a semana ela chega em casa com um brinquedo que ela mesma fez de material de reciclagem. E vai dizer que aquilo é lixo!*

▪ Coordenadora do DIC III: *Precisamos refletir em termos de projeto... Uma questão que precisaremos discutir a fundo e com os conselheiros é essa questão da representação. Não é uma coisa qualquer! Eles são eleitos! E é um choque perceber a implicação do pastor nessa questão. Ele sempre foi muito ativo, participante, desde que eu estou aqui. Sempre foi um parceiro. E agora? Ele não é só uma liderança na região né. Nossas reuniões do conselho local são abertas o pessoal da pastoral participa. Outras entidades da região participam. O conselheiro não está em todas as reuniões. Ele conhece a região. Sabe do que enfrentamos aqui no serviço e compartilha dos nossos projetos. Sabe como nós trabalhamos, as nossas concepções. Por isso me chocou! Outra questão que eu acho central é o que foi dito aqui, que um grupo de fora traz um olhar que consegue ver o que nós que estamos inseridos aqui não enxergamos. Isso é essencial e mostra a importância da inserção de vocês neste serviço. Que a importância de vocês na unidade não é a de fazer uma visita ao zoológico, como eu ouvi numa oficina com outros gestores. Então no caso de vocês o quanto isso foi importante. Foi uma visita rápida, porque no curso de vocês não dá para ser diferente. No entanto traz uma contribuição importante para esse olhar da equipe e acho que isso apareceu aqui com muita ênfase.*

A riqueza da discussão deste PTS vai além do caso em si. Neste trecho fica evidente a possibilidade de conseqüências que podem ser desencadeadas a partir desse processo. A multiplicidade de temas que vão surgindo podem ser captadas por diferentes olhares e subsidiar outras discussões. Como foi no caso da questão da representação no Conselho Local de Saúde. A equipe e a coordenação da unidade, que consideravam o pastor um grande aliado, sente necessidade de repensar essa relação quando percebe o seu envolvimento no problema-chave do Espina, nos mecanismos de manutenção do local. O posicionamento que a equipe assume e a estratégia que pode vir a construir para lidar com as questões do papel da escola, dos relatos referentes à qualidade de relação dos moradores do Espina com a vizinhança no território pode ter reflexos decisivos na capacidade dessa equipe de articular redes de apoio no território que ampliem sua capacidade de resolver problemas. O desenrolar das atividades acompanhado de um

processo de discussão aprofundada vai descortinando novas possibilidades, em função da capacidade cada vez mais ampliada de análise conjuntural da equipe sobre o caso e sobre seu próprio território. É desse modo que os trabalhadores transitam da impotência ao desafio e deste ao projeto.

- Coordenadora do DIC III: *Acho que do modo como está posto pelos alunos e por esse trabalho todo desenvolvido desde a vinda do Gustavo (pesquisador) para cá, percebemos que devemos fazer uma autocrítica também. O modo como esta funcionando o serviço não nos permitiu detectar, ver o que acontecia no Espina. A grande contribuição dos alunos foi nos mostrar o problema de forma organizada, com o nome das pessoas. A chegada dos alunos nos aproxima de uma coisa mais concreta, pessoas concretas com os seus problemas, cada um deles e o conjunto ao mesmo tempo. Minha preocupação como gestora agora é que a gente consiga trabalhar com o Espina concreto dos humanos e não como uma coisa abstrata como estávamos fazendo. Tratar o Espina como um coletivo que tem um problema muito geral nos fez paralisar. E esse nó é difícil de desatar. Agora estamos em outra perspectiva... Vamos acompanhar e lidar com pessoas concretas de um jeito que não desconsidera o problema do coletivo. Gente, faz uns sete meses que eu estou insistindo nessa questão dos nomes das pessoas que moram no Espina. O que eu ouvia foi que 'a área não é minha', 'o caderno não está aqui' e nada.*
- Médico 2: *Mas antes estava na área uma agente que não fazia o que tinha que fazer. Só depois que a G. (ACS) se apropriou do lugar...*
- Coordenadora do DIC III: *É teve tudo isso e licença por problema de saúde... Mas a equipe que está no caso hoje teve todo esse processo pedagógico de discussão do PTS. Acho que isso tem trazido incorporação de ferramentas importantes. Tenho visto que até a fala da equipe está diferente. E ao ter essa noção do PTS, essas questões trazidas por esse trabalho, essas listas com os nomes dos seres humanos, essas fichas que os alunos começaram, fazem a gente sair do marasmo, daquela coisa que não tinha fim: 'Está lá no caderno!' 'Está com não sei quem!' E nada! E a coisa não ia! E tinha momentos que a gente surtava! 'Cadê o nome das pessoas!' E os nomes não surgiam de jeito nenhum.*

- *Agente de Saúde: Mas também a gente tem que ir várias vezes lá para conseguir o nome e o número da ficha na unidade. Você vai e não encontra. Depois não acha o número da ficha. Depois não tem documento nenhum... E o tempo vai passando né.*
- *Auxiliar de Enfermagem: E também as pessoas têm que vir aqui. Não tem como a gente estar visitando a toda a hora. E ninguém aqui tem tempo.*
- *Pesquisador: Mas acho que vocês poderiam usar uma estratégia que funciona muito bem... Quando algo está difícil... Alguém está muito incomodado com alguma coisa. Como essa, por exemplo. Poderia chegar num colega e pedir para que ele te cubra e achar uma brecha qualquer e ir lá e resolver o problema. Isso de alguém provocar um acontecimento às vezes faz a equipe destravar e ir em frente. Às vezes uma equipe fica adiando o enfrentamento de determinadas situações por muitas razões que ela própria desconhece. Talvez, se alguém tivesse surtado antes, colocado o caderno debaixo do braço e fosse lá no Espina e trouxesse a coisa pronta na reunião de equipe, tivesse provocado o processo que estamos vivenciando hoje. E aí faz sentido discutir um modo de organizar o processo de trabalho que permita esses acontecimentos de forma construtiva. O não-saber pode adiar a nossa responsabilização. Depois que sabemos o nome das pessoas e seus problemas é muito difícil ignorar. Todos nós somos muito comprometidos com o que fazemos. Investimos muito. Como aqui não tem nenhum “bandido” o não-saber é o único modo de adiarmos um sofrimento ou um compromisso.*
- *Médico 1: O que acontecia é que quando nós discutíamos o caso Espina, nós conhecíamos algumas pessoas apenas. Um ou outro que nós já tínhamos atendido aqui na unidade. Nós não tínhamos essa noção do Espina como um projeto coletivo. Era uma coisa de um olhar para cada pessoa. Mas eu acho que o que mudou mesmo foi que quando discutíamos o caso Espina estávamos discutindo tendo como objetivos o que a gente achava ideal, o que para nós é ideal. O ideal era que todo mundo sáísse do Espina. Cada um com sua casa. Uma vez que se tentou essa abordagem nesse nível do macro e se esbarrou com a situação de que não tem como a gente tirar as*

famílias de lá a coisa freou. Aí vêm vocês e dizem: 'Tá bom, mas isso é a nossa perspectiva de equipe. E para aquelas famílias que estão lá o que é perspectiva de vida, para eles.' E o que a gente pode fazer para eles neste momento. Na verdade, quando tentamos resolver a questão da habitação e não conseguimos, nós ficamos impotentes e deixamos de fazer o que era o básico, as coisas que estão ao nosso alcance. Aí o que precisamos é nos fazer presente lá... Acompanhar as crianças, fazer grupo com as mães, avaliar as situações de risco para quem está morando lá e não só com a nossa visão. Mas não é aquela coisa de fazermos a nossa parte e deixar tudo como está. Não é bem por aí.

- *Auxiliar de Enfermagem: Mas também depois que a TO (terapêuta ocupacional) veio para cá estão se abrindo novos caminhos. Ela tem contribuído muito. Ela corre atrás, entra em contato com as entidades...*
- *Coordenadora do DIC III: Eu ouvi de um conselheiro municipal quando o Projeto Paidéia estava sendo implantado aqui em Campinas o seguinte: 'A banana tá lá na caixa, se chegar para descascar, vai ter que comer, porque ninguém tá mexendo, tá quieto!'*
- *Pesquisador: Para construir legitimidade vai 'ter que comer'.*
- *Coordenadora DIC III: Exatamente. Até agora a equipe estava nesse faz de conta que não fez porque estava num momento... A equipe estava se sentindo sem alternativa, sem possibilidade. E essa possibilidade não é só de resolver o dar casa. Primeiro é o caminho. Que caminho é esse que eu vou seguir, que estratégia eu vou seguir... E quando você traz a questão da 'perspectiva nossa' e a 'perspectiva deles'... Vocês ampliaram o olhar e passaram a pensar que existe o olhar deles. E quando se pensa em levar essa discussão do Espina para o Núcleo⁸ é para ampliar de novo o olhar. Não é mais um caso da equipe. É uma questão da unidade como um todo. E não podemos perder esse entusiasmo. Temos uma grande variedade de propostas de ações e precisamos começar e dar continuidade ao que foi iniciado. Estou muito contente. Foi muito legal.*

⁸Núcleo de Saúde Coletiva.

A capacidade de auto-avaliação da equipe neste momento esta se ampliando. A dinâmica do processo em si e o tensionamento constante do compromisso com os objetivos-fins desenhados provocam uma maior tolerância dos trabalhadores aos processos de avaliação direta do seu trabalho. Possibilita a explicitação cada vez mais crua, mas ao mesmo tempo respeitosa, das inconsistências técnicas e teóricas. Esse é um exercício que, tomando-se os cuidados para evitar uma possível captura autoritária, pode favorecer um rápido crescimento da equipe em múltiplas dimensões. Essa abertura à crítica também facilita muito a constituição de processos de apoio e matriciamento, o que pode acelerar ainda mais a qualificação desses trabalhadores envolvidos.

A Continuidade do Projeto Espina

Após a despedida dos alunos a discussão do caso Espina prosseguiu e, conforme estava delineado no primeiro desenho do PTS, a discussão do caso passou a figurar na agenda do Núcleo de Saúde Coletiva. Foi marcada uma reunião do núcleo para discussão do Espina. Para participar dessa reunião chamamos o pastor, através de um convite direto, via telefone. Ele dessa vez correspondeu e compareceu à reunião. Segue abaixo a entrevista realizada pelo núcleo, com a minha participação.

- Pesquisador: *Sr. J. nós estamos aqui fazendo uma reunião do Núcleo de Saúde Coletiva daqui do DIC III para discutir a questão do Espina. Como o senhor sabe os alunos do 5º ano estiveram discutindo o Espina com a equipe do DIC III, estiveram lá, fizeram visitas e compuseram um relatório que entrego para o senhor agora. A discussão com este Núcleo vai no sentido de tentarmos articular algum tipo de projeto conjunto com as várias pessoas e entidades que atuam no Espina, ou tenham a ver com os problemas de lá. Gostaríamos de entender melhor como é a relação do senhor com o Espina e o que o senhor tem em mente para resolver a situação daquelas famílias.*
- Pastor: *Para quem não me conhece eu meu nome é J. Sou presidente da Associação de Bairro do A.. Presidente da Associação A.V.F., uma associação que está começando a engatinhar, não tem estrutura, na verdade é só o nome e a minha força de vontade de*

querer fazer. Eu fico feliz de poder ter um grupo como esse reunido. Eu trabalho para todo mundo ver. Eu tenho minhas vontades e meus desejos de principalmente ajudar as pessoas. A minha idéia é ajudar o próximo. Desde quando casei, há 26 anos, já tinha o costume de recolher mendigos na rua e levar para casa. Minha esposa desde o começo teve que ir se acostumando com isso. Dava banho, trocava as roupas... Eles ficavam dois ou três dias. Depois não queriam ficar mais e iam para a rua de novo ou a gente tentava algum encaminhamento e eles iam para outro lugar. Com alguns tivemos sucesso. Eles saíram da rua. Vocês sabem que esses problemas de situação social nem todas as pessoas conseguem se recuperar. É um trabalho muito árduo, muito difícil, a percentagem de recuperação é mínima, mas é meu desejo continuar trabalhando nessa área. Como eu não tinha local para colocar algumas pessoas, há cinco ou seis anos atrás eu encontrei esse prédio abandonado, cheio de entulho, pessoas fumando droga ali dentro, prostituição... Uma situação muito ruim para o bairro. Foi aí que pensei em ocupar aquele prédio. Ocupamos o lugar mesmo sabendo que não estava de acordo com a prefeitura, com o conselho municipal. Mas ocupamos, limpamos tudo e colocamos lá as primeira famílias. Nós sabemos que não era um local digno, mas lá recuperamos muitas pessoas. Muitas é força de expressão. Mas dentro de várias pessoas que passaram ali, algumas nós recuperamos. Eu tenho tudo arquivado. Tenho um livro de registro que tem os dados de todas as pessoas que já moraram ali, desde a primeira pessoa. Tenho o cadastro de todos eles. No primeiro ano eu arrecadava alimentos e fornecia para eles. Uma das moradoras cozinhava para os outros e isso funcionou desse jeito por nove meses. A luz é clandestina desde o início mas a água eu consegui pela SANASA. Tinha uma conta devedora do antigo Espina de três mil reais. Eu consegui uns descontos, fiz um contrato com a SANASA, paguei uma parte, mas outra não consegui pagar. Por causa do local eu não conseguia doações, entende? Pessoas que queriam ajudar chegavam ali: 'Há não, isso aqui é um prédio abandonado, isso aqui...' E não doava. Eu conseguia poucas doações por causa do próprio local. Só que as pessoas me procuravam sem lugar para ficar, sem lugar para morar e eu dizia para eles procurarem arrumar um cantinho lá e morar. Alguém me fala que está na rua eu digo que pode ficar. Mesmo sem condições a

gente ia dando um jeito, ia levando. Eu ainda faço isso. Às vezes eu acho na rua. As pessoas me ligam em casa. Semana passada mesmo uma pessoa estava dormindo em frente a uma casa. A pessoa da casa me ligou e eu fui buscar, levei para lá, coloquei num sofá, dei uma coberta e deixei lá. Algumas pessoas ficam lá dois ou três dias e vão embora. Outros estão lá permanente. É o caso dos quatro rapazes que estão lá. O problema deles é de bebida e não tem como a gente chegar e falar que não dá para eles ficarem lá. Vou mandar eles para a rua? O lugar não é próprio... É indigno. Mas eu agradeço vocês estarem aproximando, começando a trabalhar. Ajudar a tentar arrumar alguma coisa para melhorar a vida dessas pessoas. Até mesmo trabalhar com habitação, para arrumar casa para quem tem condições de ter a casa. Tem o caso dos rapazes que tem esse problema, que eu não sei como pode ser resolvido. Eu tenho boas idéias e posso colocá-las para vocês. Eu não quero que fique nada escondido. Não quero que estas idéias fiquem só para mim. Eu gostaria que todos vocês trabalhassem em cima disso.

- *Agente Comunitária de Saúde: O senhor tentou entrar em contato com os donos do prédio?*
- *Pastor: Sim. Inclusive propus um contrato com a dona, mas ela não quis.*
- *Agente Comunitária de Saúde: Todos eles pediram permissão para o senhor para ir morar lá?*
- *Pastor: Sim, todos eles.*
- *Pesquisador: E a questão da reciclagem? Como está organizada?*
- *Pastor: Agora parou a reciclagem. Só tem lá um lixo que precisa ser retirado. Desde o início eu fiz parceria, até agora, com três pessoas que faziam reciclagem para ajudar as pessoas que estavam ali. Eles não têm vínculo nenhum comigo. Aproveitam o espaço e ajudam as pessoas dali. Agora parou. Eu pedi para tirar o lixo dali. Que aquele lixo lá não é reciclável e eu dei 30 dias para retirarem de lá.*
- *Auxiliar de Enfermagem: O senhor sabe se têm crianças dali que estão fora da creche? O senhor consegue vagas para elas?*
- *Pastor: As crianças de lá estão na creche. Se tiver alguma que não está me passe o nome. Eu posso conseguir vaga sim. Eu posso correr atrás.*

- Representante do Distrito Sudoeste: *Como o senhor percebe o posicionamento de outros atores, de outras entidades, de outros setores, como no caso nosso da saúde, com relação a situação daquelas famílias? Porque nós estamos aqui para discutir um projeto que pensa em resolver as situações de saúde daquelas famílias.*
- Pastor: *E eu agradeço que vocês me chamaram aqui para discutir...*
- Representante do Distrito Sudoeste: *Quem está junto com o senhor nessa empreitada do Espina?*
- Pastor: *Agora, atualmente eu estou sozinho. Eu estou sozinho mesmo. Depois de um ano a diretoria minha abriu mão. Porque eu não consegui uma ajuda do conselho municipal e assistência social, porque o prédio não estava em condições... Dentro da lei eles não podiam mesmo dar apoio.*
- Pesquisador: *Então a idéia era transformar aquele lugar numa espécie de abrigo? É isso?*
- Pastor: *Isso. A minha intenção seria essa. Seria um abrigo para moradores de rua. Teria atividades e tudo mais. Eu dei cursos ali de artesanato e várias pessoas ali. O primeiro ano funcionou muito bem. Mas depois de um ano a minha diretoria abandonou o barco porque a prefeitura não quis ajudar. Aí eu fui ficando sozinho. Aí eu falei para eles: ‘Oh gente, se vocês quiserem ficar aí vão ficando, mas eu não posso mais ajudar com cesta básica, água, eu não posso fazer comida... Vocês querem dormir aí durmam.’ Começou a desorganizar assim.*
- Pesquisador: *E o que o senhor pretende para aquele lugar agora.*
- Pastor: *Eu pretendo que junto com vocês e com outras pessoas que possam chegar possamos formar um grupo para tentar melhorar aquele lugar. Acho que precisa urgentemente resolver a questão da água. Se vocês da saúde fizerem pressão a SANASA vai liberar a água de graça, porque para eles a água é saúde. Seria bom cobrir o barracão... Isso naquele local... Ou tendo um outro local para colocar aquelas pessoas... É isso que eu espero para a gente conversar. A intenção é que as famílias sejam beneficiadas. Conseguir umas atividades para os jovens fora do horário da escola...*

- Representante do Distrito Sudoeste: *O senhor vive um drama pessoal que me faz pensar como sair dessa. Caso seja possível que as pessoas que estão lá hoje consigam uma casa, um outro lugar, o senhor pretende continuar com isso? Colocando mais gente lá?*
- Pastor: *Eu proponho para vocês até mesmo se tiver condições de recuperar aquele lugar para ficar em condições de moradia mais dignas, com água, banheiro funcionando... Um local para continuar dando a assistência necessária a eles, eu gostaria que continuasse ali. Mas não nas condições que está. Eu preciso de estrutura.*
- Pesquisador: *E se o senhor tivesse alternativa. Se o senhor fizesse parte de uma rede municipal ou distrital que lida com essa questão do morador de rua? Se quanto ligasse para o senhor o senhor pudesse encaminhar para um abrigo ou um outro equipamento municipal, ou ONG e não precisasse mais colocar as pessoas no Espina? Porque se ligam para o senhor, o senhor acaba se vendo obrigado a responder e acaba levando a pessoa para o Espina. Isso daria vazão ao seu desejo de ajudar?*
- Pastor: *É. Até certo ponto.*
- Pesquisador: *Acho que nisso o Núcleo pode ajudar, por exemplo, procurando articular um encontro com os atores mais importantes. Isso seria tentar uma saída institucional na qual o senhor se sinta bem, participante. O que o senhor acha?*
- Pastor: *É, é, mas se houvesse a possibilidade de deixar em aberto a possibilidade de melhorar aquele lugar, mesmo que retirando algumas pessoas. Uma parceria para a gente levantar essa entidade.*
- Auxiliar de Enfermagem: *Acho que podemos abrir espaço de reunião. Chamar o senhor para participar.*

Os trabalhadores do DIC III ficaram simplesmente paralisados frente às manifestações do pastor. Tanto que ficou evidente a dificuldade da equipe em lidar com a situação. Nesta reunião a coordenadora da unidade não pode estar presente o que impossibilitou uma tomada de posição mais incisiva por parte dos trabalhadores. A representante do distrito se mostrou preocupada e fez algumas intervenções na reunião.

Mas sua postura foi de externalidade. Em momento algum colocou o posicionamento claro do distrito Sudoeste na questão, muito provavelmente porque não havia nenhum. Ficou claro que o pastor ficou incomodado com a situação, embora tenha defendido sua idéia de forma intransigente. Quando o pastor deixou o espaço de reunião não havia condições psicoafetivas das pessoas presentes de deliberar ações em termos de um projeto de ação. O que se conseguiu foi deliberar que haveria uma proposta de realizar uma reunião, na qual estivessem presentes todos os atores possíveis implicados no caso Espina para discutir um projeto conjunto.

Novas reuniões foram feitas e a questão ainda está em aberto. Algumas das outras ações foram iniciadas, mas a equipe ainda encontra grande dificuldade de efetivar o projeto desenhado. Não houve, ainda, oportunidade de reavaliação do PTS. Recentemente soubemos que a problemática foi abordada na última reunião do ano, uma reunião de avaliação, do Núcleo de Saúde Coletiva.

E aí uma coisa interessante que surgiu numa reunião do Núcleo de Saúde Coletiva que foi o sentimento de impotência que foi colocado e a fala foi: 'Há! Os alunos vêm, fazem toda uma discussão e aí não vira nada! E a gente não pode fazer nada! A gente pensava que eles fossem ajudar em alguma coisa.' Isso foi na avaliação final do núcleo em dezembro passado. E aí a gente problematizou assim: O que a gente esperava dos alunos? Que tipo de contrapartida a gente esperou? E o que a gente tinha que fazer também enquanto equipe? Aí discutimos as questões práticas das tarefas de cada um que não andavam. Discutimos o tempo de maturação desses projetos. Lembrei de novo do caso do ferro velho. Além disso, a saúde não dá conta sozinha e temos que pensar estratégias para superar esses problemas (Coordenadora do DIC III, trecho transcrito de entrevista, Janeiro de 2007, Campinas).

Uma discussão a se fazer é tentar responder a um possível questionamento se valeu à pena todo esse esforço de discussão de PTS, já que com relação ao problema em si dos moradores do Espina, pouco se progrediu. A resposta remete ao objeto dessa

investigação e aos objetivos propostos. Do ponto de vista dos processos disparados a partir dessa experiência ou no contexto dessa experiência houve grande impacto. A relação com as escolas da região, questão que há muito tempo estava por se discutir, de certo modo foi acionada e problematizada também a partir desse trabalho. A ampliação da capacidade de análise, de leitura de cenários da equipe, sem dúvida foi ampliada. O novo posicionamento com relação aos papéis dos atores implicados na situação-problema Espina, incluindo a questão do pastor, teve conseqüências e inaugura um novo tipo de relacionamento interinstitucional. Mesmo com relação aos fracassos eles são melhor analisados e utilizados para reflexão.

Não conheciam o território, mas sabiam que tinha problema para ser resolvido e quem resolvia era o gestor, ou a Secretaria de Saúde, ou a Secretaria de Obras, mas não eles, porque eles não faziam gestão de clínica. Acho importante trazer esse movimento... Responsabiliza a equipe. Aproxima de território. Vem dentro de uma idéia do projeto maior local que é essa idéia de apropriação do território. O caso do Espina foi uma dessas apropriações com responsabilização.

[...] Senti que por parte da equipe que participou das oficinas que cada vez que tinha encontro eles vinham com uma empolgação: 'Nossa, ganhamos uma apostila!' 'Precisa ver a discussão que o professor faz, nunca imaginei que projeto terapêutico fosse isso!' Porque eles sabiam que era uma das diretrizes do Paidéia, mas a sensação que me dá nessa equipe, é que eles não sabiam nem como fazer. Ou, se faziam, não sabiam organizar isso, os retornos, as reavaliações. Foi interessante que numa das reuniões do Núcleo que a gente discutia que tinham casos de tuberculose com resistência ao tratamento, uso de drogas e a pediatra discutia os limites desse atendimento para algumas crianças e uma pessoa dessa equipe levantou e disse que aquele era um caso para projeto terapêutico singular. Aí eu já senti uma diferença. Já se consegue perceber que alguns casos, os mais graves, aqueles que não cabem no protocolo, são casos que demandam o PTS. Quando ela falou senti que o processo já deu resultado. Eles também tinham dificuldade para sentar e sistematizar um projeto, até pela questão da demanda do serviço. Acho que, pelos retornos, eles acharam interessante, porque

peessoas das demais equipes perguntam quando vai chegar a vez deles. Que era um ciúme bastante pedagógico, interessante para mim. Se a oficina estivesse ruim o fardo da oficina seria muito pesado. Aquela coisa: 'Que saco!' 'De novo?' 'Fazer o quê né!' E eles nunca falaram isso. Pelo menos nunca ouvi ruído algum. Mesmo que eles não tivessem coragem de falar para o coordenador o ruído chegaria de algum modo. E nunca chegou. A minha opção de não participar é porque eu queria deixar a equipe muito tranqüila para esse momento. Deixá-los á vontade de dizer não sei. Mas houve momentos de controle meu muito forte. De cobrar deles a lista dos nomes que não chegava. De cobrar da agente comunitária que pediu um trabalho nessa área não tinha uma apropriação e que não chegou concretamente. Aí eu tive que sentar no paralelo às oficinas e falar: Qual que é de vocês? Porque eu preciso disparar... E para disparar a clínica, o atendimento dos problemas... De fato eu não consegui via agente comunitária, que inclusive não está mais na unidade. Mas consegui via aluno, através do que eles trouxeram para a gente. Bom, então são duas coisas... Não teve ruído negativo no sentido do trabalho. Teve um ruído positivo quando chega nos demais profissionais. Para os profissionais da equipe era uma aula que eles estavam tento no serviço, ao mesmo tempo que o professor faz um trabalho de pós-graduação a gente está fazendo um trabalho de educação permanente com o trabalhador. E ele acha que não é aquela aula expositiva. E uma aula que tem a ver com o cotidiano deles, com a prática deles.

Eu acho que em várias equipes já há um esforço de tentar olhar um objeto pelos seus vários ângulos e não só o do paciente que faltou na consulta porque é folgado ou o que faltou na UNICAMP, eu marquei então eu já fiz minha parte... Ainda tem essa abordagem. Aquela concepção de que eu prescrevo para você, você segue minha prescrição, porque esse é o projeto que eu desenhei para você e ponto final. Não vou dizer para você que esse movimento não existe. Ele existe. Mas a gente já consegue pessoas tensionadoras para dizer na equipe: 'Vamos ouvir o outro lado?' A equipe está mais solta. Mais à vontade para dialogar (Coordenadora do DIC III, trecho transcrito de entrevista, Janeiro de 2007, Campinas).

O Acontecimento da Co-Produção dos Sujeitos: a reafirmação dos Objetivos-Fins e da necessidade de implementação dos processos de singularização da atenção à saúde

Acontecimento: Ato, processo e resultado da atividade afirmativa do Acaso. É o momento de aparição do Novo Absoluto, da Diferença e da Singularidade. Estes atos, processos e resultados, conseqüências de conexões insólitas que escapam das constringências do Instituído - Organizado, Estabelecido, são o substrato de transformações de pequeno ou grande porte que transformam a História em todos os seus níveis e âmbitos. O Acontecimento atualiza as virtualidades, cuja essência não coincide com as possibilidades. O virtual não existe, mas faz parte do Real (Baremblytt, 1996, p. 151).

Os momentos de negociação /pactuação incorporados no PTS, tem o objetivo de provocar uma inflexão no sentido da co-produção e da co-gestão. A partir daí o sujeito-trabalhador e o sujeito-usuário passam a efetivamente existir e a se co-produzir nessa relação. Neste território as normalizações, enquanto ontologia sobrevivem, mas não preponderam. Há espaço para singularizações enquanto houver ação dialógica.

O conceito de Vulnerabilidade como analisador do modelo de acolhimento e de processos geradores de equidade

▪ Pesquisador: *Vulnerabilidade Político Programática: nesse plano de vulnerabilidade pensamos as questões que estão na relação com os serviços de saúde, com as políticas de saúde, com o modelo de atenção, com o modo de organização do serviço de saúde e o estilo de trabalho da equipe de saúde. Dado isso, vamos pensar em um exemplo... Em função dos problemas de demanda, que já discutimos um pouco, cada vez mais se têm procurado implementar o “acolhimento”, procurando-se estabelecer critérios de acesso que se pretendem igualitários. Muitos serviços organizam sua “porta” de entrada, principalmente na questão do acesso a consultas médicas, com vagas limitadas, por ordem de chegada dos usuários. A ordem de chegada pode ser entendida como critério igualitário?*

- Médico 1: *Pensando na ordem de chegada, é um critério igual para todos. Mas se for pensando no direito de todos de terem acesso ao atendimento, isso não.*
- Pesquisador: *Mas se o problema de se restringir o atendimento da população a um certo número de vagas, já indica que não é possível atender a todos? Esse não seria um critério igual para todos? E esse critério pode gerar algum tipo de concorrência entre os usuários?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *Mas, por exemplo, uma mãe com seu neném não chega na fila na mesma hora que eu que poderia ter passado a noite na fila. Um idoso a mesma coisa.*
- Pesquisador: *Então se tiver alguém que mora na área de abrangência, mas numa área rural que não tem ônibus, ele terá a mesma facilidade de chegar na fila do que alguém que mora ao lado da unidade?*
- Médico 2: *As pessoas não têm as mesmas oportunidades...*
- Pesquisador: *Mas o critério da ordem de chegada não é igual para todos?*
- Auxiliar de Enfermagem 1: *Para nós da unidade sim e os pacientes entendem isso e aceitam...*
- Pesquisador: *E se tiver alguém na fila... Pensando agora só naqueles que já chegaram... Se pensarmos em termos de chances, probabilidades, será que não pode estar no último lugar da fila justamente aquele idoso, com insuficiência cardíaca, que costuma “sofrer quietinho” e nesse momento está com a pressão super alta e dor no peito... Mas é o último da fila? E o primeiro pode ser aquele que no momento é o que menos precisa?*
- Auxiliar de Enfermagem 2: *O que está no primeiro lugar da fila tem capacidade maior de chegar na fila.*
- Pesquisador: *Foi estabelecida uma concorrência que considera as capacidades ou oportunidades iguais para todos e vocês já sabem que não é assim. Aquele senhor que está no último lugar da fila é mais ou menos vulnerável do que um jovem que está resfriado no primeiro lugar da fila?*
- Vários: *É mais vulnerável.*

- Pesquisador: *E é mais vulnerável apenas pelo problema orgânico?*
- Auxiliar de Enfermagem 2: *É porque está no último lugar da fila.*
- Pesquisador: *Isso. É vulnerável porque tem problemas orgânicos graves e porque o modo de organização do acolhimento nesse serviço dificulta o acesso desse senhor, em função do critério de ordem de chegada. Se acontecesse algum tipo de avaliação de risco nessa fila, provavelmente o tal senhor seria passado à frente dos outros e atendido prioritariamente. Isso poderia diminuir a vulnerabilidade desse senhor. Quero chamar atenção para essa idéia de que o modo de organizar o processo de trabalho, o modo como a equipe se maneja enquanto equipe, pode determinar e determina vulnerabilidade dos sujeitos-usuários.*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *Mas isso quando o acolhimento acontece no momento que o usuário chega ao serviço. No caso do DIC III, a não ser que seja um caso de urgência que é atendido na hora, o acolhimento é marcado, né...*
- Pesquisador: *Como assim?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *Quando o usuário chega procurando consulta médica ele é marcado com enfermeira para depois ver...*
- Pesquisador: *É marcado outro horário?*
- Profissional de Nível Superior Não Médico: *É marcado um outro horário, um outro dia, uma outra semana...*
- Médico 2: *Geralmente, demora 2 ou 3 dias só! No máximo uma semana!*
- Pesquisador: *Então deixa ver se eu entendi...Há um primeiro critério que é por ordem de chegada para essa demanda que procura o atendimento direto. Tem possibilidade de um agente comunitário trazer uma demanda por atendimento médico, por exemplo, a partir de uma visita domiciliar?*
- Auxiliar de Enfermagem 1: *Tem sim, dependendo do caso. Às vezes o agente chega com a demanda, discute com a gente e eu, às vezes, marco direto com a doutora.*

- Pesquisador: *Então o usuário que procura atendimento direto na unidade passa por um primeiro critério de fila que é a ordem de chegada mesmo. Depois ele passa por uma avaliação de risco...*
- Médico 2: *Mas essa avaliação de risco é meio relativa. Se chega um paciente com uma queixa objetiva de dor passando mal ele vai direto para a sala de urgência. Nessa situação o prontuário já é visto e o paciente já é atendido.*
- Pesquisador: *E o que não for considerado urgência passa por outro processo...*
- Auxiliar de Enfermagem 1: *Nesse caso ele é agendado com a enfermeira, na maioria das vezes no mesmo dia!*
- Pesquisador: *Sim. Eu não estou criticando, só quero entender... Estamos discutindo vulnerabilidade programática... Lembram do caso da Dona MF? Que tinha um tumor de mama avançado? Quando discutimos esse caso no 5º ano, chegamos a conclusão de que ele nos mostrava que o acolhimento de saúde da mulher, que acabara de ser implementado no DIC III, não dava conta de casos como o da Sra. MF, o que demandava novas discussões e mudanças, pois para ela, o modo de organizar o acolhimento piorava sua situação de vulnerabilidade, já que não considerava ou não abria possibilidades outras de acesso aos sujeitos que não procuravam a unidade.*
- Todos concordam (trecho transcrito da Oficina nº 2 no DIC III, 16/08/2006, Campinas).

Várias questões surgiram neste momento. Essas idéias de “Manejar-se enquanto equipe” e “Lidar com nossas implicações”, surgiram também em vários momentos na experiência de Pindamonhangaba a partir da discussão de vulnerabilidade político/programática. Parece-me que esse conceito provoca um re-ligamento do trabalhador com o seu próprio coletivo. Discutir vulnerabilidade político/programática parece transferir carga de uma noção individualizante de responsabilidade com a saúde dos usuários para um coletivo do qual ele mesmo faz parte. Um efeito secundário seria um grande alívio relacionado ao compartilhamento dessa responsabilidade tão pesada.

Outro efeito é produzir tensionamento no grupo/equipe no sentido de que fica mais claro que não adianta responsabilizar-se individualmente se não houver co-responsabilização no grupo/equipe, o que se configura em terreno fértil para a discussão do trabalho em equipe. Além disso, há um ganho instrumental para compreensão do próprio território do serviço e da equipe e de como este se articula com o território dos usuários sob o tensionamento dos objetivos-fins bem delimitados (co-produção de saúde e de sujeitos autônomos). Neste sentido, há forte aumento da capacidade de análise dos trabalhadores.

Neste ponto, uma questão extremamente relevante é a discussão das práticas de saúde como mecanismo de opressão e controle social, no que enquadramos a função apostólica do profissional de saúde. Questão que abordaremos a seguir.

A Prática Libertadora e a Co-Produção de Sujeitos Autônomos

Conforme já abordamos no Capítulo 1 o conceito de autonomia pode ser pensado a partir de variados referenciais. A clareza das discontinuidades entre as diferenças que embasam os diversos olhares sob o nome “autonomia” não foi e não é total para o pesquisador, mesmo após todo o trabalho realizado no contexto da investigação e mesmo antes ou depois dela. O que se mostrou possível foi produzir aproximações entre esses referenciais e as práticas através dos enunciados que foram surgindo e se reproduzindo ao longo do trabalho.

A operação do conceito de vulnerabilidade e as práticas singularizantes como dispositivos anti-opressão

Em variados contextos surgiu com regularidade a figura do usuário que, por algum motivo, não seguiu as orientações dadas a ele por parte do profissional de saúde. Este “tipo” de usuário freqüentemente recebeu denominações muito comuns encontradas corriqueiramente nos serviços de saúde tais como: “resistente”, “rebelde”, “problemático”, “o que não adere”, “teimoso”. Destacaram-se algumas falas:

J. (ACS) diz que tenta ajuda-lo da melhor forma possível, mas o Sr. O. recusa ajuda na maioria das vezes, é uma pessoa de difícil convivência. Sempre que tem sobra do leite do Projeto Viva Leite levo para ele [...] A enfermeira A.C. confirmou o que a agente disse e acrescentou: no início também tive problemas com o Sr. O. devido sua rebeldia (trecho relatório de equipe de PSF referente a oficina em USF, Programa de educação Permanente, Pindamonhangaba, 2006).

[...] Durante a discussão do caso concluiu-se que o tratamento não está tendo o resultado esperado. Há 15 anos em acompanhamento pela Unidade, as aferições de PA e glicemia ainda continuam descompensadas, como também a úlcera que permanece aberta. Tudo isso, provavelmente, devido à resistência (teimosia) da paciente ao tratamento, informação esta que pode ser constatada segundo os relatos da ACS que acompanha o caso. A resistência da paciente em deixar um técnico realizar os curativos em sua úlcera; a ingestão de medicamentos conforme sua vontade própria, sem seguir a orientação médica; o descaso para com a prevenção de problemas ginecológicos são alguns exemplos da “teimosia” de D. M. citada acima (trecho relatório de equipe de PSF referente a oficina em USF, Programa de educação Permanente, Pindamonhangaba, 2006).

Situação (**problema**): Vem com frequência à unidade para resolver o problema imediato, não dando continuidade ao tratamento e até mesmo a contracepção é feita por convocação da equipe. [...] Avaliação de vulnerabilidades/Risco (*variáveis que aumentam vulnerabilidade*): Viúva e sem pensão alimentícia; Sem qualificação profissional; Baixa condição sócio-econômica; Número elevado de cesarianas (cinco) sem laqueadura; Não aderência aos tratamentos; Vida sexual ativa sem proteção (trecho relatório de equipe de PSF referente a oficina em USF, Programa de educação Permanente, Pindamonhangaba, 2006, grifos nossos).

[...] A agente, enfermeira e médica já orientaram inúmeras vezes sobre as condições das crianças com percentil abaixo de zero, sobre a alimentação, uso da multimistura fornecida pela pastoral da criança, mas a mãe não dá nada além do leite e do arroz para as crianças comerem. [...] O Conselho tutelar já foi comunicado sobre o caso, mas até o momento não tomou nenhuma providência. [...] A agente

encontra dificuldades em acompanhar essa família e não conseguiu realizar um bom trabalho com as crianças, devido ao desleixo e irresponsabilidade dos pais, principalmente o da mãe (trecho de atividade de dispersão redigido por trabalhador de saúde (enfermeira), Pindamonhangaba, 2006).

[...] Paciente, masculino, branco, produtor rural, 56 anos, solteiro, com lesões avermelhadas pelo corpo com diagnóstico fechado de hanseníase, há 3 anos, forma virchoviana. Com áreas de dormência no tronco. Rebelde ao tratamento, recusa a medicação, cospe a mesma. Não tem rebaixamento intelectual, não tem seqüela de acidente vascular. A família não é comprometida com o mesmo. Irmã e sobrinha moram no mesmo lote que o paciente. Mesmo com medicação assistida pela agente e auxiliar, (levando medicação para o mesmo) esse ainda cuspiu fora os comprimidos fornecidos. Procuramos auxílio da psicóloga, que tentou várias vezes conscientizá-lo da doença juntamente com a equipe de saúde da família, mas sem sucesso. Há três meses, e com a possibilidade de perder o seu auxílio doença, devido a sua não adesão ao tratamento, ele aceitou, com uma certa recusa, a medicação assistida pela agente comunitária. Ele pensa que a sua doença não é grave porque não doe, não tem prurido, portanto não precisa usar medicação (Trecho de atividade de dispersão redigido por trabalhador de saúde (médico), Pindamonhangaba, 2006).

Consideramos que essa questão tem múltiplas explicações. Uma delas, sem dúvida passa pela idéia de “função apostólica” já mencionada neste trabalho. Outra, que consideramos de fundamental importância, guarda relação com o próprio processo histórico de construção da saúde pública sobre um princípio de cunho fortemente higienista e controlista que permanece em vários aspectos das práticas de saúde atualmente e que tem sua característica autoritária potencializada pela via da supervalorização do saber técnico-científico trazido pelo paradigma do risco epidemiológico. Outra questão é o forte conteúdo moralizante que os profissionais de saúde invocam nos seus discursos para legitimar suas opiniões ou consubstanciar suas prescrições aos usuários. Esse fenômeno é muito forte na região do Vale do Paraíba, no qual se localiza Pindamonhangaba, e já havia

se manifestado em outras experiências em outras cidades daquela região, embora achemos que não é um fenômeno restrito. Todas essas questões se misturam e ajudam a entender como pode se dar o controle social através das práticas de saúde. A conjugação entre a legitimidade científica, o moralismo de cunho religioso e a “plena certeza de saber o que é melhor para o paciente” (Balint, 1988), transformam o profissional de saúde normalizado em instrumento potente de controle social, de opressão.

A proposta do PTS discutida nessa investigação procura implementar dispositivos que provoquem deslocamentos nessa situação e processos de reflexão que permitam a superação, pelo menos parcial, desse mecanismo.

Um destes dispositivos é a Avaliação de Vulnerabilidades. Através do exercício proposto de organizar e visualizar um diagrama que contemple a complexidade da situação-problema inscrita em um caso é possível que os trabalhadores se vejam e percebam a si próprios enquanto sujeitos. Não vamos nos deter nas explicações psicanalíticas desse processo. Utilizaremos um exemplo para tornar mais clara a idéia.

Durante a fase de concentração da experiência de Pindamonhangaba, surgiu num exercício de grupo um caso de um senhor que tinha uma úlcera numa das pernas que não cicatrizava há 10 anos. Todos ficaram curiosos com a situação e o caso foi apresentado por uma agente comunitária e a enfermeira da equipe de referência responsável.

O senhor de 65 anos tinha uma grande úlcera numa das pernas e procurava o serviço de saúde para fazer o curativo diariamente, há 10 anos. Segundo a equipe, toda a vez que a úlcera ameaçava cicatrizar ele sumia, não comparecia aos curativos e voltava algumas semanas depois com a ferida aberta de novo. Foi grande a comoção de todos os presentes na sala ao ouvir esse breve relato. As profissionais se mostraram indignadas com a situação e arrancavam manifestações de indignação dos outros colegas. “Que ignorante!” “Como é possível isso?” “Ele deve achar que ganha alguma coisa com isso!”. Quando perguntadas sobre quais eram as suas hipóteses para explicar a problemática do tal senhor responderam que a equipe tinha certeza de que ele fazia isso para não perder o benefício do INSS. As manifestações aumentaram e agora atribuindo ao tal senhor um papel próximo ao de criminoso, de mau caráter. Fizemos uma votação: pedi para que quem

concordasse com essa hipótese levantasse a mão. Dos quase 70 trabalhadores que estavam na sala apenas uma não levantou. Perguntei então porque ela não concordava com a hipótese e ela disse que poderia ser o caso do tal senhor ter realmente medo de perder o benefício, mas essa conduta dele poderia ser por medo e não por “sem-vergonhice”, talvez ele não saiba que, na idade dele, é muito provável que, mesmo que se cure completamente da perna, ele não perca o benefício. Ele devia ter outros problemas de saúde e ninguém ia tirar o benefício dele. De imediato essa fala minou as convicções de vários dos seus colegas.

Transcrevemos abaixo o esquema da avaliação de vulnerabilidade feita para analisar a situação-problema desse senhor, no olhar de equipe de referência. Essa avaliação foi apresentada em cartaz pela equipe aos colegas durante as atividades.

Tabela- Avaliação de Vulnerabilidade: Exercício realizado em atividade de concentração no Programa de educação Permanente para Trabalhadores de Saúde de Pindamonhangaba, Fevereiro de 2006

Vulnerabilidade	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Obesidade	Visita com orientação por parte dos agentes comunitários, médicos e enfermagem
Má alimentação	Curativos realizados todos os dias
Falta de higiene corporal e domiciliar	Manutenção com faixas para evitar insetos e roedores
Presença de roedores e insetos na casa	Entrega de medicação
Falta de ventilação no ambiente	Orientação quanto à importância da higiene
Ignorância	
Não faz uso da medicação correta	

Problematizamos que a descrição dos mecanismos de proteção só inclui questões positivas de ações do serviço para o caso. Não há nenhuma questão de proteção que advenha do próprio sujeito-usuário, e nem mesmo que não dependa do serviço de saúde. Por outro lado, as variáveis de risco dizem respeito a uma visão demasiado ecológica, quando se trata de um ambiente, o qual a equipe tenta de toda forma relacionar suas características com o problema da úlcera e restringe-se a essa análise. Na dimensão individual do risco, reproduz-se a culpabilização da vítima (Crawford, 1977; Labonte, 1993). Com exceção da má alimentação que se poderia fazer uma leitura mais ampliada, todas as outras questões, inclusive as que se referem ao território, podem ser atribuídas a uma espécie de incompetência do sujeito-usuário.

Frente a essa análise, os trabalhadores tiveram definido um tempo de 20 minutos para repensar as hipóteses explicativas do caso e propor uma série de propostas de ação. Os grupos trabalharam por mais de 30 minutos até que consegui fazer com que apresentassem os resultados. Apenas um dos seis grupos de trabalho manteve a primeira hipótese explicativa. Todos os outros formularam hipóteses que levavam em consideração a única fala contrária do momento anterior. A proposta de ação mais frequente foi a que sugeria que a equipe fizesse uma consulta a uma assistente social e, caso fosse confirmado que não havia risco do usuário perder seu benefício, num segundo momento, informá-lo claramente disso.

Discutiu-se que nenhuma das hipóteses deveria ser abandonadas. Tratando-se de um problema complexo, não há hipóteses únicas ou totalmente verdadeiras. Podem ser ao mesmo tempo várias e nenhuma das que conseguimos formular. A idéia é que essas hipóteses sejam, o mais possível, discutidas e consideradas como o olhar da equipe até aquele momento. Uma forma da equipe ir se apropriando do seu próprio território. Após seis semanas de trabalho, a equipe que acompanhava o caso solicitou espaço para falar para o grupo e nos contou que eles realizaram a tarefa proposta conforme o grupo havia colocado. E anunciaram que a úlcera daquele senhor havia fechado e em pouco tempo provavelmente estaria completamente cicatrizada.

Atribuí esse sucesso a uma percepção de que a avaliação de vulnerabilidades, embora um exercício realizado no início das atividades, logo que apresentamos o conceito, possibilitou à equipe de trabalhadores perceber-se no caso e colocar em segundo plano seus

“julgamentos de culpa” a agir, apostando que haveria resposta do outro lado, do sujeito-usuário, agora, mesmo que de relance neste momento, entendido como portador de vida, desejos, interesses, subjetividade.

Ao longo da atividade em Pindamonhangaba firmou-se a percepção que a superação desses mecanismos de controle social e opressão era o caminho possível para descortinar o mundo do sujeito-usuário, e ao mesmo tempo do sujeito-trabalhador de saúde, nas suas singularidades. Nesse caminho foi possível tornar perceptível as potencialidades desses sujeitos. A partir daí tornou-se possível falar em co-produção de autonomia.



Capítulo 6
Considerações Finais

O PTS configura instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde. Apresentou-se como forma eficaz de incorporar o conceito de vulnerabilidade na clínica de sujeitos em contexto. Foi útil para exemplificar a implementação de práticas de saúde que levem em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de atenção á saúde.

Todavia, faz-se necessário dizer que, ao mesmo modo de outros arranjos e dispositivos de gestão (Acolhimento, Equipe de Referência, etc.), o PTS proposto nesse trabalho não representa solução para todas as questões. Uma abordagem fetichizada dessa proposta aumenta as chances de captura pelas práticas hegemônicas no exercício do biopoder. Não se esgotam aqui as possibilidades de releituras críticas do que foi apresentado.

Uma primeira constatação diz respeito à dinâmica de trabalho empregada, a qual provocou incômodo nos profissionais, na medida em que ficava explícito que, apesar dos discursos sobre uma atenção voltada aos interesses usuário-centrados, a prática deles próprios continha muitos elementos prescritivos que tornavam os sujeitos em objetos, com baixa eficácia na produção de saúde e baixa geração de autonomia.

De outro modo, a operação do PTS como arranjo, mais consolidado nos serviços não se estabeleceu. Todavia, mesmo que de forma descontínua a cada novo PTS formulado, novas questões a respeito da organização geral do serviço, da formulação das ofertas ou das relações intersubjetivas vinha à tona e provocava algum desvio de trajetória.

Nesse sentido, ficou evidente, em todas as vivências, a novidade da discussão das várias hipóteses explicativas na compreensão das situações-problema e na fase de definição dos objetivos e das ações do PTS (vide itens 6 e 7 do capítulo 3). Considero esse um dos momentos que geraram grandes impactos nos processos de trabalho das diversas equipes. Emergiu nos grupos a constatação de que, na perspectiva do que se propõe nesta formulação do PTS, não havia propriamente a consideração e a discussão das diferentes hipóteses explicativas de cada caso e sim uma discussão superficial e factual (algumas vezes tendendo à banalização do sofrimento dos usuários) que se detinha em

informações objetivas e subjetivas, as quais eram processadas pelos profissionais de forma isolada. Em outras palavras, a discussão do caso se restringia, muitas vezes, a trocas de informações. Depois, cada profissional interpretava isoladamente as informações colhidas e formulava intervenções segundo seu núcleo ou sua situação hierárquica na equipe. Detectei essa emergência, inicialmente espontânea, nas primeiras oficinas de discussão de projetos terapêuticos singulares, em Pindamonhangaba, através das manifestações de descontentamento de alguns trabalhadores que tinham em mente outras hipóteses explicativas e, conseqüentemente, não acreditavam na possibilidade de sucesso das intervenções desenhadas pelo restante da equipe.

Outra forma de detecção foi a constatação de mecanismos de sabotagem operados por esses trabalhadores. Quando percebi essa problemática passei a provocar nos grupos essa reflexão e a constatação foi a mesma em quase a totalidade deles. Essa discussão, em si mesma, funcionou como dispositivo para a reflexão dos campos e núcleos de saberes e práticas e do trabalho interdisciplinar, gerando maior emancipação dos trabalhadores e mais possibilidades de espaços de fala e de troca dialógica entre eles. Esse processo foi muito intenso entre os agentes comunitários e na construção de uma relação de não subserviência destes com os demais trabalhadores da equipe, gerando inclusive conflitos.

Desta questão derivam outras que seriam dignas de desdobramentos e aprofundamentos. A produção de saberes a partir das vivências implicadas no cotidiano dos serviços, por exemplo, é uma delas. O quanto há de influência do senso comum, manifestada pelas diferentes “hipóteses explicativas” que foram surgindo ao longo das discussões e o quanto estas foram determinadas por saberes “científicos” cristalizados se coloca como interessante discussão na proposta de uma produção de saberes intersubjetiva, a partir da ação dialógica.

A co-produção de autonomia foi “medida” a partir do ganho dos sujeitos, em termos de gradientes, de capacidade de lidar com os próprios problemas e com seu contexto social, com relação a uma situação anterior. Esse processo só ficou mais claro a partir do momento em que os trabalhadores passaram a entender melhor o conceito de vulnerabilidade.

Em outra linha de preocupações, o desenvolvimento de atividades com efetiva participação da comunidade foi muito pequeno. O que nos leva a pensar que isso deve ser aprimorado em projetos futuros. Penso que o modo como o trabalho de campo foi desenhado deu ênfase à relação pesquisador-trabalhadores, ficando secundarizadas as relações com os usuários. Em um eventual novo estudo, a ênfase poderia ser dada nessas relações com os usuários.

Não foi possível desenhar uma situação epidemiológica inicial e uma ao final das atividades para que servisse de argumento de eficácia/resolutividade dos processos de educação permanente implementados. Questão essa que é merecedora de investigação específica.

O desenvolvimento desse trabalho ampliou sem dúvida a capacidade de análise dos trabalhadores, contribuiu para a consolidação de uma caixa-de-ferramentas que acreditamos, por todas as razões já defendidas nesse texto, ser portadora de indicações sobre como poderiam ser as práticas e os processos de produção nos serviços de saúde que se propõem a co-produzir saúde e sujeitos autônomos. Entretanto, não há respostas fechadas, apenas circunstanciais e novas questões se impõem ao final deste trabalho.

Que metodologias avaliativas seriam capazes de abarcar a complexidade dos processos de singularização da atenção à saúde de modo a medir seus impactos? Acredito que os processos de avaliação em saúde consagrados, principalmente de cunho quantitativo, têm baixa potência para produzir avaliações consistentes desses processos.

Há tensões que demandam aprofundamento sobre a articulação atenção individual e da saúde coletiva. Não estão claros os caminhos para a superação da condição de externalidade genérica e imprecisa das ações de articulação intersetorial. Anunciar que determinados problemas de saúde demandam ações articuladas de forma intersetorial não é suficiente. Em tempos de “Estado mínimo”, de sub-financiamento das políticas sociais e de infra-estrutura, quais são as possibilidades concretas das ações interssetoriais? A discussão do caso Espina, que neste trabalho exemplificou a potência e a novidade do PTSC (Projeto Terapêutico Singular para Coletivos), abre caminhos para o entendimento do papel dos profissionais dos serviços enquanto setor saúde, demandando e propondo discussões com os demais atores presentes no contexto, mesmo que agentes de outros setores. Mas isso é insuficiente.

A incorporação do conceito de vulnerabilidade na prática clínica ajuda a aprofundar a discussão da inclusão dos sujeitos envolvidos, muito embora ainda não se possa dizer que o sujeito passou à centralidade. O que se pode dizer é que a consideração do complexo sujeito-contexto e suas múltiplas variáveis representa uma estratégia, um caminho de inclusão do sujeito, ainda em construção. Nesse sentido também é pertinente o questionamento da persistência de uma concepção essencial do sujeito-individuo neste trabalho. Minhas incursões teóricas mais recentes instigam a necessidade superação dessa perspectiva de sujeito.

O estudo indica que não se pode prescindir, ainda, das tecnologias desenvolvidas no paradigma do risco. Isso pode significar tanto que é mesmo uma impossibilidade quanto mostra uma carência de aprofundamento e de novas formulações. A discussão mais ampliada dos processos de singularização da atenção à saúde podem indicar essa possibilidade.

Finalizo o percurso com sentimento de que aproveitei bem as oportunidades de reflexão e crescimento pessoal e profissional. Essas experiências trouxeram novo fôlego para a minha militância na defesa do SUS e na construção de mim mesmo.



Referências Bibliográficas

Andaluossi K. Pesquisas-Ações: ciências, desenvolvimento, democracia. tradução: Michel Thiollent. São Carlos, São Paulo: EDUFSCar, 2004.

Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002; 5(Supl. 1): 28-42.

Ayres JRCM. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp. 117 –39.

Balint M. *O médico Seu Paciente e a Doença*. Tradução: Roberto Musachio. Rio de Janeiro/ São Paulo: Atheneu. 1988.

Baremblytt GF. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 3ª ed. 1996.

Brasil. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Ministério da Saúde. 1997.

Brasil. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 1994.

Camargo Jr KR. *Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída*. In: Pinheiro R e Mattos RA. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social/ABRASCO. 2005. pp. 91 - 104.

- Campos GWS. Reforma da reforma repensando a saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec. 1992
- Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999. 4(2), p. 393-403.
- Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos GWS. Saúde Pública e Saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000. 5(2): 219-30.
- Campos GWS. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007. 12(2): 301-306.
- Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE e Onocko R (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial. 1997. pp. 229-66.
- Campos GWS. 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. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.
- Carvalho SR e Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(2):507-515.
- Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 669-678.
- Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Carvalho SR. *Saúde coletiva e promoção à saúde: Uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança [Tese de doutorado]* Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Castel R. *From dangerousness to risk*. In: Burchell G, Gordon C e Miller P (ed) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago; 1991, pp. 281-298.

Castel R. Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação, Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional. São Paulo: Hucitec, 1995. Saúde e Loucura nº 4

Castiel LD. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde, In Czeresnia D (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. pp.79-96.

Ceccim RB. e Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 2004, 14(1), p.41-65.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, 2005, 9(16), p.161-168.

Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1996.

Crawford R. *You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming*. *International Journal of Health Services* 1977; 7(4):663-680.

Cunha GT. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec. 2005.

Cunha JMP. Um sentido para a vulnerabilidade sociodemográfica nas metrópoles paulistas. *R Bras Est Pop* 2004, 21(2), p. 343-347.

Donnangelo MCF e Pereira L. *Saúde e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Foucault M. *Microfísica do Poder*. 21ªed. Tradução e Organização de Roberto Machado: Com base em textos de Michel Foucault [1979]. Rio de Janeiro: Graal. 2005a.

Foucault M. A Arqueologia do Saber. 7ªed. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2005b.

Foucault M. História da Loucura: na idade clássica. 8ªed. Tradução: José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva. 2005c.

Foucault M. A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France. 13ªed. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loiola. 2006a.

Foucault M. Poder e Saber. In: Foucault M. Estratégia, Poder e Saber. Tradução: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006b. 2ªed. Pp.223 - 40. Ditos e Escritos IV.

Foucault, M. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal; 2003.

Foucault M. Sujeito e Poder. In: HL Dreyfus & P Rabinow. Uma Trajetória Filosófica-Para Além do Estruturalismo e da Hermenêutica. Forense Universitária, Rio de Janeiro, pp. 231-249. 1995.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. [1ª ed. 1970] Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

Garcia RA. Relato de caso. Disciplina MD-945: Planejamento e Gestão. Campinas, SP: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2006.

Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1994.

Guattari F e Rolnik S. Micropolítica: cartografia do desejo. 7ª ed. rev. [1ª ed 1982] Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.

Japiassú H. e Marcondes D. Dicionário Básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1996. 3. ed.

Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Centre for Health Promotion, Toronto. 1993.

Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canadá, 1974.

Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Boletim da ABEM. 2003; 31(4/5). Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/caderno_abem/caderno_principal.htm. Acessado em: 23/01/2005.

Lupton D. Risk. Nova York: Routledge, 1999.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA/Re-lume-Dumará, 1993.

Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 2003.

Mendes EVM (org). A Organização da Saúde no Nível Local. São Paulo: Hucitec, 1998.

Merhy EE. (2004). Saber militante e implicação do trabalhador. Disponível em <http://www.paginas.terra.com.br/saude/merhy>. Acesso em 22/04/2006.

Merhy EE. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE (Orgs). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. pp.103-120.

Merhy EE. Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. Campinas: Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/Cinaemdispositivoterapeutico.pdf>. 1999. Acessado em 22/04/2006.

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE e Onocko R (orgs). In: Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.1997. pp. 71-112.

Merhy EE. Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E (org). Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995 pp. 117-119.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. Fevereiro 2000. 6. p. 112-116.

Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, Melhoramentos, 2005. Disponível em <http://www2.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm?busca=vulnerável&busca2=vulnerável>. Acessado em 12/03/2006.

Minayo MCS (org.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Morin E. Ciência com Consciência. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental / Tese (Doutorado) em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas.Universidade Estadual de Campinas. Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Nunes ED. A Doença como Processo Social. In: Canesqui AM (org). Ciências Sociais e Saúde Para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. pp. 217-229.

Onocko Campos R. A Gestão: espaço de intervenção análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003a.

Onocko Campos R. O Planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec. 2003b.

Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998; 32 (4): 299-316.

Passos E e Barros RB. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2001, 13(1), p. 89-99.

Petersen A e Lupton D. *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. London: Sage Publications Ltd, 1996.

Petersen A. *Risk, governance and the new public health*. In: Petersen A, Bunton R, editors. *Foucault, health and medicine*. London/New York: Routledge; 1996. p. 189-206.

Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de Integralidade. In: Pinheiro R e Mattos RA. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social/ABRASCO. 2005. pp.11 - 32.

Rouquayrol MZ e Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 5º Ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SMS-Campinas. Projeto Paidéia de Saúde de Campinas: ampliação das ações de saúde coletiva. CoViSA. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. 2001. Disponível em: <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/paideia/covisa/introducao.htm>. Acessado em: 21/9/2006

Santos M. *A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: ED USP, 2002a.

Santos M. O Retorno do Território; in: Santos, M.; Souza, M.A.A. e Silveira, M.L. (orgs). *Território: Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec-ANNABLUME, 2002b.

Santos NR. Desenvolvimento do SUS: rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2):429-435, 2007.

Sarraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Silva AA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *RevLatino-amEnfermagem*, maio-junho, 2005; 13(3):441-9.

Silva DJ. O Paradigma Transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: Workshop sobre interdisciplinaridade. Subprograma de Ciências Ambientais. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil. São José dos Campos: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. 1999.

Silva MBB. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005,15(1), p. 127-150.

Souza Santos B. Introdução a uma Ciência Pós Moderna. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

Starfield, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, a. 7, n.2, p.7 - 28, abr - jun 1998.

Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2), 245-56.

Torre EHG e Amarante PD 2001. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 6(1):73-85.

Unglert CVS. Territorialização em Saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. Parte de tese livre-docência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1995.

Uribe Rivera FJ. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. *Cad. Saúde Pública*, 1989, 5(1), p.60-81.

Zerbetto SR. e Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *RevLatino-amEnfermagem*; 2005, 13(1), p.112-7.



Apêndice

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuário)

Instituição: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social

Projeto: **O Projeto Terapêutico como Contribuição para Mudança das Práticas de Saúde**

Pesquisador: Gustavo Nunes de Oliveira - Mestrando em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Telefones:

- (19) 3788- 8039- Depto. de Medicina Preventiva e Social;
- (19)3287-7265- Gustavo Nunes de Oliveira;
- (19)3788-8936- Comitê de Ética em Pesquisa.

O propósito desta pesquisa científica é investigar a possibilidades de melhora no processo de trabalho e das práticas das equipes de trabalhadores de saúde a partir das discussões de casos de sujeitos individuais e coletivos para o planejamento de ações de saúde (projetos terapêuticos singulares).

Os registros feitos não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que

concorda em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, permite ser entrevistado e que estas entrevistas e outras atividades que venha a participar durante essa pesquisa serem gravadas em áudio digital ou vídeo.

INFORMO que:

- Ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que o nome do entrevistado apareça associado à pesquisa.
- Um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi dito pelo entrevistado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.
- Não há riscos para a saúde resultantes da participação na pesquisa.
- A participação não representa condição, de modo algum, para que o entrevistado continue a ter acesso a qualquer serviço de saúde.
- O entrevistado terá a oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas as dúvidas deverão ser respondidas a contento depois de encerrada a entrevista ou outra atividade que venha a participar durante a pesquisa.
- A participação na pesquisa não está condicionada a qualquer tipo de remuneração financeira ou a quaisquer outros benefícios.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em Campinas, no dia 28 de junho de 2006.

ASSINATURAS:

PARTICIPANTE DA PESQUISA: _____

PESQUISADOR: _____

DATA: __/__/____

LOCAL: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (trabalhador de saúde)

Instituição: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social

Projeto: **O Projeto Terapêutico como Contribuição para Mudança das Práticas de Saúde**

Pesquisador: Gustavo Nunes de Oliveira - Mestrando em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Telefones:

- (19) 3788- 8039- Depto. de Medicina Preventiva e Social;
- (19)3287-7265- Gustavo Nunes de Oliveira;
- (19)3788-8936- Comitê de Ética em Pesquisa.

O propósito desta pesquisa científica é investigar a possibilidades de melhora no processo de trabalho e das práticas das equipes de trabalhadores de saúde a partir das discussões de casos de sujeitos individuais e coletivos para o planejamento de ações de saúde (projetos terapêuticos singulares).

Os registros feitos não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que

concorda em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, permite ser entrevistado e que estas entrevistas e outras atividades que venha a participar durante essa pesquisa serem gravadas em áudio digital ou vídeo.

INFORMO que:

- Ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que o nome do entrevistado apareça associado à pesquisa.
- Um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi dito pelo entrevistado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.
- Não há riscos para a saúde resultantes da participação na pesquisa.
- A participação não representa condição, de modo algum, para que o entrevistado continue ou deixe de ter acesso a quaisquer benefícios ou privilégios.
- O entrevistado terá a oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas as dúvidas deverão ser respondidas a contento depois de encerrada a entrevista ou outra atividade que venha a participar durante a pesquisa.
- A participação na pesquisa não está condicionada a qualquer tipo de remuneração financeira ou a quaisquer outros benefícios.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo de qualquer ordem.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em Campinas, no dia 28 de junho de 2006.

ASSINATURAS:

PARTICIPANTE DA PESQUISA: _____

PESQUISADOR: _____

DATA: __/__/_____

LOCAL: _____