



UNICAMP

Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada

Organização: Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero

Autores:

Adriana Cosser

Adriano Massuda

Ana Maria Franklin de Oliveira

André Vinicius Pires Guerrero

Carlos Alberto Gama Pinto

Carlos Alberto Pegolo da Gama

Deivisson Vianna

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

Ivan Batista Coelho

Gastão Wagner de Sousa Campos

Gilberto Luiz Scarazatti

Gustavo Nunes de Oliveira

Gustavo Tenório Cunha

Juliana Araújo de Medeiros

Márcia Aparecida do Amaral

Mariana Dorsa Figueiredo

Maria Elisabeth Sousa Amaral

Paula Giovana Furlan

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Rosana Onocko Campos

Rosane de Lucca Maerschner

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO MANUAL – Gastão Wagner de Sousa Campos e André Vinicius Pires Guerrero

1. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica - **Paula Giovana Furlan e Márcia Aparecida do Amaral;**
2. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA. **Gustavo Tenório Cunha, Deivisson Vianna Dantas;**
3. Espirais D'Ascenso: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda. **Ana Maria Franklin de Oliveira, Gastão Wagner de Sousa Campos, Jair Franklin Oliveira Júnior, Mariana Dorsa Figueiredo;**
4. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. **Ivan Batista Coelho;**
5. REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos; Adriana Coser Gutiérrez; André Guerrero & Gustavo Tenório Cunha.
6. O subjetivo e o socio-cultural na co-produção de saúde e autonomia – **Marina Dorsa Figueredo e Paula Giovanna Furlan.**
7. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. **Adriano Massuda**
8. Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica. **Gilberto Luiz Scarazatti e Márcia Aparecida do Amaral**
9. Saúde Mental na Atenção Básica. **Rosana Onocko Campos, Carlos Gama;**
10. Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. **Gustavo Nunes de Oliveira e Paula Giovana Furlan.**
11. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. **Gustavo Nunes**
12. O Projeto Terapêutico Singular. **Gustavo Nunes de Oliveira;**

- 13. Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família. Carlos Alberto Gama Pinto;**
- 14. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. Carlos Alberto Gama Pinto e Ivan Batista Coelho**
- 15. ATENÇÃO PRIMARIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DO SÉCULO XXI: ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS. Paulo Vicente Bonilha Almeida;**
- 16. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. Paula Giovana Furlan;**
- 17. O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DE APOIADOR INSTITUCIONAL EM FORTALEZA – CEARÁ. Evelyne Nunes Ervedosa Bastos, Juliana Araújo de Medeiros, Maria Elisabeth Sousa Amaral, Rosane de Lucca Maerchner.**

1-APRESENTAÇÃO DO MANUAL

Gastão Wagner de Sousa Campos

André Vinicius Pires Guerrero

O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica

Paula Giovana Furlan e Márcia Aparecida do Amaral

Este livro foi elaborado a partir das reflexões, discussões e experiências da equipe de trabalho do *Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - ênfase na atenção básica*, realizado em 2007, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/ FCM), da Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde¹. Foram cinco turmas simultâneas de alunos, constituídas por profissionais de instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde e inseridos em atividades de atenção e/ou gestão em saúde, relacionadas à atenção básica. Os alunos procederam de Municípios do Estado de São Paulo (Campinas, Guarulhos, Hortolândia, Sumaré,

¹ O Programa de aulas do curso se encontra em anexo ao final do livro (Anexo I).

Amparo, Arthur Nogueira, Capivari, Cordeirópolis), das Direções Regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista), da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e municípios da Região Metropolitana (Duque de Caxias, Itaboraí, Nova Iguaçu) e de Fortaleza (Ceará), totalizando 200 alunos.

O objetivo do curso era formar gestores, trabalhadores e apoiadores em saúde para exercerem uma nova prática de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação, denominada de co-gestão. Objetivava ainda aproximar a gestão de uma prática sanitária e clínica reflexiva, compartilhada com os usuários e com base em uma concepção ampliada do processo saúde/doença. Visou, especificamente, capacitar os profissionais para a co-gestão de sistemas e serviços de saúde, no sentido de identificar, diagnosticar e propor soluções criativas para os problemas de saúde, ampliando a capacidade de resposta dos serviços, considerando as realidades locais e regionais.

Buscou-se reformular os processos da formação profissional na área da saúde em que ainda existe uma hegemonia do modelo curativo-individual e uma clínica voltada para uma suposta restauração de normalidade da saúde dos órgãos, bem como a predominância de uma postura passiva dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. Posteriormente à formação, os profissionais “*despencam nos serviços para serem protagonistas do cuidado e terminam capturados pelo eixo recortado-reduzido corporativo-centrado*” (Carvalho e Ceccin, 2006, p.170), pelo diminuído poder de análise crítica e protagonismo no cotidiano de trabalho.

Metodologia

No desenvolvimento do curso utilizou-se, como referencial pedagógico, o método de Apoio Institucional Paidéia e como estratégia, o curso-intervenção, estruturado no oferecimento de aulas teóricas e seminários presenciais e atividades de práticas de dispersão, objetivando que ao final do curso, os alunos, além de incorporarem novos conceitos e paradigmas, apresentassem como produto um processo de intervenção no local de trabalho. Essa proposta pretendeu que o curso se constituísse num dispositivo capaz de disparar mudanças efetivas no modo de produzir ações de saúde e contribuir

para a co-construção de autonomia dos profissionais de saúde para lidar com as situações que permeiam o cotidiano do trabalho em saúde. O Método Paidéia, segundo Campos (2000, p.2), “*trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo*” e reconhece que os efeitos de uma gestão compartilhada podem acontecer em 4 planos: político-social, como espaço de deliberações políticas e de disputa entre projetos; como espaço de análise institucional e de emergência das subjetividades, de diferentes visões de mundo; contribuindo para a educação permanente, a função pedagógica e, finalmente, como instância da gestão propriamente dita e da ação.

Enfatizou-se que os objetos dos trabalhos dos alunos para o curso estivessem diretamente relacionados à gestão da prática sanitária, clínica e coletiva, avaliando e reorganizando a prestação de serviços de saúde. Os alunos deveriam coordenar a construção coletiva dos Projetos de Intervenção em seus locais de trabalho, porém deveriam fazê-lo valendo-se da gestão participativa ou compartilhada, base para o desenvolvimento das mudanças na atenção à saúde. Desde o diagnóstico, até a definição de metas e implementação de ações, tal construção deveria ocorrer em espaço institucional real, equipe, colegiados de gestão, distrito de saúde etc., contando com a participação e o envolvimento dos atores concretos daquele pedaço do sistema. Como os Projetos de Intervenção implicavam, em geral, em mudanças no modo de fazer gestão e o cuidado, pressupunha-se certa capacidade de construção de consenso por parte dos alunos.

As aulas foram organizadas com vários recursos metodológicos, como exposição dialogada dos temas, discussão em grupo, exibição de filmes, e ministradas por professores da nossa equipe de trabalho e pesquisa do DMPS e da FCM e por professores convidados. Entre os temas ofertados estavam a co-construção do processo saúde-doença-intervenção, prática da clínica ampliada e compartilhada, arranjos e dispositivos para gestão e atenção à saúde, trabalho no território e em rede, projeto de intervenção com indivíduos e coletivos, trabalho em equipe, gestão da informação, planejamento em saúde, dentre outros saberes, que articulados podem atribuir nova singularidade à clínica.

Os conteúdos abordados levaram em consideração que o hospital ainda é o campo privilegiado de formação dos profissionais de saúde, o que segundo Cunha (2005), marca

a atuação dos mesmos na prática da Atenção Básica, tornando-se necessário reconstruir o papel profissional neste campo, por meio da clínica ampliada.

As atividades de dispersão foram compostas de duas modalidades: o ensino à distância (via internet), com fóruns de discussão, material para leitura e debate, e pela realização de Projeto de Intervenção na unidade de saúde, local de trabalho do aluno.

Na estrutura do curso, além dos professores responsáveis pelo desenvolvimento do tema do dia, cada turma de aproximadamente 50 alunos contou com três apoiadores, denominados “professores/apoiadores horizontais”, os quais acompanharam as aulas e coordenaram as atividades de dispersão. Esse nome foi utilizado, pois aplicamos ao ensino os conceitos de equipe de referência, apoio matricial e inserção horizontal do profissional nas práticas, desenvolvidos para a gestão das instituições de saúde (Campos, 2003). Este referencial mostrou-se adequado para os processos de formação de pessoal, possibilitando um novo papel para o professor - o de apoiador - que ao mesmo tempo em que sustenta, também contribui para que o aluno alcance novos gradientes de autonomia. O professor horizontal, acompanhando o aluno inserido na sua equipe real de trabalho, faria o apoio longitudinal de determinada intervenção e auxiliaria na análise, ação da equipe e em sua interação com o usuário.

Assim, na experiência deste curso, o professor/apoiador horizontal esteve responsável por acompanhar o processo de aprendizagem dos alunos e da turma/grupo, discutindo, em encontros periódicos na sala de aula e na unidade de saúde, os temas trabalhados em aulas teóricas e sua relação com a atenção à saúde, a construção do projeto de intervenção e sua execução no serviço. Através do dispositivo do Projeto de Intervenção, os alunos partilharam com os parceiros de trabalho o conteúdo e as discussões proporcionadas pelo curso, no intuito de organizarem processos de educação no âmbito de suas instituições e de estimularem uma atuação reflexiva e ativa sobre a gestão e cuidado ofertados. Aos professores horizontais coube a tarefa de apoiar o processo de co-construção (aluno/equipe/gestor/professor) da intervenção no cotidiano do serviço, fazer a articulação dos conteúdos e temas trabalhados, ou seja, o apoio para a elaboração do projeto, sua viabilização e processo de implementação, com o acompanhamento ao longo do tempo.

A intervenção ou a aplicação dos conteúdos teóricos à realidade

Num primeiro momento, trabalhou-se com o aluno a elaboração de um diagnóstico da situação de sua unidade, o que implicou em relatar e discutir com os profissionais o modelo de atenção ofertado teoricamente e a forma de organização do serviço. Itens, por exemplo, como a descrição da população adscrita, problemas de saúde prevalentes, relacionamento com o território, organização das práticas de atenção à saúde, a composição da equipe, tiveram que ser detalhados e discutidos em equipe.

O instrumento utilizado para o diagnóstico compartilhado trazia, como referencial para se olhar as práticas e os serviços de saúde, a visão de uma rede básica com alta capacidade para resolver os problemas de saúde mais prevalentes, trabalho em equipe, clínica ampliada, gestão participativa e seus dispositivos/ arranjos, tais como reuniões de equipe, planejamento, colegiado gestor e controle social². O objetivo não era o de se estabelecerem *scores* de atendimento aos itens ali colocados, mas servir de objeto intermediário entre o aluno e sua equipe de trabalho, propiciando um espaço dialógico, de análise da situação e que a produção do consenso fosse possível e suficiente para subsidiar a ação do grupo.

Após o olhar sobre a situação de saúde e do trabalho da equipe, foi proposto que, ao longo do curso, os alunos e suas equipes construíssem um Projeto de Intervenção abordando questões consideradas relevantes para melhorar a atenção à saúde.

Resultados

a) Ganhos de autonomia na atividade profissional, no trabalho em equipe e melhoria da qualidade do trabalho em saúde

O próprio processo do "diagnóstico compartilhado" proporcionou intervenções nos serviços em que atuavam os alunos. Foi necessário, para muitos deles, conhecer o território para poder descrevê-lo ou propor uma ação: muitos profissionais não conheciam as condições de vida da população a que assistiam, o tipo de moradia, quais

² Questionário Diagnóstico- Anexo II

eram as áreas consideradas de risco, o local e condições das escolas, dos outros equipamentos sociais, etc.

Um exemplo do papel do diagnóstico como um dispositivo de mudança da prática dos alunos, foi que esses conheceram estatísticas do IBGE e de cadastro das unidades de saúde, para que soubessem com maior precisão a quantidade de pessoas moradoras das áreas atendidas, o número de cadastrados, o nível sócio-econômico, faixa etária, as doenças prevalentes. Pelo depoimento dos alunos e pelo observado pelos apoiadores, a maior parte trabalhava com a demanda espontânea, problemas emergentes do cotidiano do serviço e com características gerais da população, e não de acordo com os dados coletados pelos sistemas de informação, cadastro ou pela imersão no território.

Em muitos serviços, os alunos estimularam a constituição de espaço coletivo, como a reunião de equipe, pressuposto para análise do trabalho e estudo da população atendida e formulação de ações, portanto primordial para a discussão em equipe do diagnóstico da situação e das atividades de intervenção propostas pelo curso. Em vários há algum tempo não ocorriam reuniões dos profissionais por diversos motivos, desde a ‘falta de temas’ relevantes, a desvalorização explícita desse instrumento de gestão, até, talvez a justificativa mais freqüente, o impedimento pelo excesso de demanda, dificultando a existência do espaço de encontro dos profissionais e análise do trabalho.

Os alunos se autorizaram (e sentiram-se autorizados) a protagonizar e a exercer papel ativo dentro da equipe, organizando reuniões e propostas, responsabilizando-se e estimulando a equipe a pensar em questões importantes para análise do cuidado oferecido e gestão do serviço. As atividades de dispersão do curso exigiram que eles levassem para o cotidiano do serviço os temas trabalhados nas aulas teóricas, para que conseguissem efetuar um Projeto de Intervenção com a equipe, analisando a prática de trabalho, formulando e implementando ações que visassem a melhoria da atenção à saúde prestada. Isso fez com que ampliassem a discussão com os profissionais que não eram alunos sobre as práticas concretas de atenção. Vários alunos se destacaram na organização e gestão dessas ações dentro da equipe e do serviço e se tornaram gestores de unidades, ou ainda, pessoas-referências para a organização das ações.

Algumas turmas contaram com profissionais do nível central do sistema de saúde e mesmo da gestão da atenção básica, como por exemplo, apoiadores matriciais dos

distritos de saúde, superintendentes de programas dos Estados, representantes das Regionais de Saúde. Esses alunos compuseram os projetos com outros técnicos inseridos nas unidades de atenção básica, o que proporcionou estender a discussão de um nível local de gestão e atenção para níveis centrais de decisão e gestão. Esse fator favoreceu, na medida em que as ações eram propostas pela equipe, que as mesmas pudessem ter sua execução iniciada quase de imediato. E ainda, aproximou os profissionais que lidavam essencialmente com a gestão dos que estavam na prática clínica, provocando uma discussão ampla sobre os papéis e responsabilidades destas duas instâncias. Os Apoiadores do Município de Campinas, por exemplo, se referiram ao Curso como sendo um estímulo ao seu papel profissional, pois, enquanto realizavam o projeto para o curso, puderam também apoiar a análise e execução das ações nas unidades sob sua referência, com suporte dos professores.

b) As temáticas dos Projetos de Intervenção e as ações

Os temas propostos pelos alunos para o desenvolvimento dos Projetos de Intervenção e ações podem ser agrupados da seguinte forma:

1. Arranjos e dispositivos para a gestão compartilhada, como o Núcleo de Saúde Coletiva e o Colegiado Gestor;
2. Reorganização das práticas clínicas e do serviço:
 - Discussão de casos de usuários considerados complexos pela equipe, para elaboração de projeto terapêutico singular e seu seguimento;
 - Avaliação da demanda de usuários, organização da agenda de trabalho e construção de ofertas;
 - Discussão sobre o acolhimento prestado na Unidade;
 - Organização e sistematização de visitas domiciliares;
3. Análise da atenção a grupos populacionais:
 - Adulto, idoso, mulheres gestantes, doentes crônicos e acamados;
 - Organização da clínica da saúde bucal;

- Organização da clínica da saúde mental, implementação de apoio matricial à saúde mental infantil;
4. Análise do território:
 - Diagnóstico da situação e de problemas da comunidade e discussão da atenção à saúde prestada;
 - Uso dos Sistemas de informação e dados do cadastro para pensar as ações ofertadas;
 5. Discussão do trabalho e relacionamento em equipe;
 6. Intervenção para a saúde do trabalhador.

c) Os módulos: avaliação do curso na perspectiva dos alunos

Os alunos responderam periodicamente e ao final do curso, um questionário para avaliar os temas trabalhados, os expositores e as atividades propostas. Foi um dos momentos em que foi possível conhecer as expectativas dos alunos em relação ao curso, e se o modo de atuação da equipe estava sendo eficaz para o ensino/ intervenção.

Constaram desse instrumento questões estruturadas referentes à: exposições em aula (tema, bibliografia, contribuição para a prática de trabalho), dispersão presencial (momento de discussão com os professores horizontais), desempenho geral dos expositores e professores/apoiadores, atividades à distância (via Internet) e duas perguntas abertas e livres para falarem de suas expectativas e fazerem comentários gerais. As questões estruturadas foram compostas com uma escala de 1 a 5, onde 1 indicava a insuficiência, a não-clareza, o não, o ruim e o 5, inversamente, a suficiência, a clareza, o sim, o ótimo³.

Faremos aqui, na tentativa de captar semelhanças e diferenças entre as turmas e particularidades de algumas avaliações, comentários gerais sobre as respostas obtidas, já que desenvolver em detalhes seria extenso, sendo pertinente uma reflexão sobre esse material.

Nas avaliações iniciais, os alunos escreveram sobre a expectativa de conhecer as concepções, metodologia e instrumentais da equipe que organizou o curso, como seria

³ Instrumento de avaliação dos módulos: Anexo III.

seu funcionamento e dinâmica, forma de avaliação dos alunos e de realizar o Projeto de Intervenção. Ressaltaram a vontade de aprimorarem seus conhecimentos sobre os serviços públicos de atenção à saúde e o SUS e melhorarem a parceria com os diversos níveis da gestão e entre os membros da equipe profissional.

Nas avaliações ao longo do ano, os alunos apontaram, com maior frequência, as expectativas de obter embasamento teórico para as vivências da prática de trabalho, ferramentas para planejamento e gestão na atenção básica e principalmente, trocar experiências com os companheiros de turma. Essas expectativas, em sua maioria, estavam sendo supridas na opinião deles. Os intervalos para o café se constituíram em momentos de conhecer melhor o companheiro de turma e os desafios dele no trabalho.

Alguns alunos enfatizaram que o fato de termos num mesmo espaço, pessoas de diferentes níveis de gestão e atenção, algumas vezes dificultava a realização de comentários sobre o serviço de forma espontânea, pois poderia gerar atravessamentos e interferir na relação profissional. Nesse momento, discutimos como o curso poderia se constituir num “espaço protegido” onde os alunos pudessem realizar uma análise crítica da situação e discutir conjuntamente as ações de melhoria, com a mediação do professor horizontal se necessário.

Preferiram as aulas dialogadas com dinâmicas e discussões, às aulas expositivas e palestras. Da mesma forma, preferiam as discussões em momentos presenciais às atividades à distância, via Internet, por considerar que as discussões *on-line* não estavam tão bem sistematizadas, sendo difícil acompanhar ou saber em qual *link* entrar para opinar, afixar a tarefa, o relatório, seus comentários, bem como acompanhar o que os demais alunos tinham colocado no *site*. Existiram dificuldades de operar com o computador, por habilidades ou acesso, mesmo entre os professores, para sistematização de todas as tarefas e fóruns de discussão.

Foi também ao longo do ano que os alunos falaram da dificuldade que estavam tendo em realizar o Projeto de Intervenção na realidade dos serviços, pois a linha de pensamento e os conceitos defendidos pelo curso não coincidiam com a realidade do serviço e políticas vigentes, o que trazia limitações para implantação dos projetos e efetivação de diferentes modos de operar em saúde. Discutiu-se que o curso trazia conceitos, aportes teóricos e práticos, dispositivos e arranjos para pensar e reformular o

modo de fazer saúde, mas que aquela concepção apresentada ainda não era o modo hegemônico de constituição das práticas, o que acarretaria enfrentar resistências ou mesmo a construção de um novo agir.

Nas questões sobre desempenho dos expositores predominaram os números de 3 a 5 da escala, com maior concentração no número 4, o que indicava que as aulas estavam com boa abordagem, contribuindo para a prática em serviço e capacidade crítica em geral. Quanto às dispersões presenciais, em que os professores/apoiadores discutiram a prática e o conteúdo teórico abordado, com ênfase nos Projetos de Intervenções e discussões de casos clínicos e de gestão, predominou o número 4 da escala, sugerindo que os momentos estavam bons e produtivos e o grupo integrado. Comentaram que eram momentos em que podiam falar da sua prática, dos casos acompanhados e compartilhar com os demais as possíveis soluções ou contornos para situações desafiadoras.

Relataram que foram compreendendo ao longo do curso a metodologia proposta e como levar as discussões para a equipe de trabalho por meio da oferta de um projeto de intervenção prática.

Na avaliação final do curso, os alunos, em sua maioria, consideraram suas expectativas contempladas. Citaram que aprenderam técnicas de gestão e planejamento, incluindo questões referentes à gerência, à relação em equipe e ao Método Paidéia, e que fizeram uma análise crítica da realidade em que trabalhavam. Na visão deles, os Projetos de Intervenção e atividades de co-gestão colaboraram na prática do serviço em que trabalhavam, tanto no âmbito da equipe quanto em relação ao atendimento ao usuário. O curso foi uma oportunidade para “atualizar o conhecimento”, “qualificar-se pessoal e profissionalmente”, rever o modelo de gestão que estava em funcionamento, ampliar a visão sobre o trabalho em saúde, sobre a clínica e as políticas de saúde/ SUS.

Reafirmaram a utilidade dos momentos de troca de experiência durante as aulas e dispersões e nas conversas informais entre os alunos, pois discutiu-se sobre as situações vivenciadas em serviço e soluções para problemas do cotidiano.

A maioria apontou o momento com o professor/apoiador horizontal como uma instância privilegiada de orientação e uma boa oportunidade para aprofundamento dos temas entre os alunos. Muitos elogiaram a atuação de seus professores/apoiadores no acompanhamento longitudinal dos projetos e reforçaram que o vínculo formado com os

mesmos ao longo do curso fez com que se sentissem apoiados para discutirem situações delicadas na equipe. Comentaram também que as aulas dadas pelos professores da equipe do curso e apoiadores tinham prosseguimento e foram menos repetitivas que quando havia um professor convidado, com uma inserção pontual e que não havia acompanhado o conteúdo que foi dado em aulas anteriores. Sugeriram que os momentos de discussão em grupos menores deveriam ser priorizados e com tempo ampliado, para que houvesse aprofundamento da relação entre o conteúdo do curso com a prática na qual estavam inseridos.

Uma linha muito significativa da avaliação refere-se a influência do curso sobre a própria personalidade. Houve uma série de relatos testemunhando o impacto do Curso sobre o relacionamento que mantinham com usuários, colegas de trabalho e chefia. A experiência de organizar rodas de avaliação, de elaborar um projeto de forma compartilhada, além da variedade de temas sobre subjetividade, inter-relação, conflito etc., haveria contribuído para que vários alunos observassem modificação em seu modo de vida.

Quanto ao uso do Teleduc, o sistema de educação à distância da Unicamp, novamente a maioria dos alunos apontou que as discussões foram pertinentes e que as tarefas tinham coerência com o desenvolvimento do curso. Apesar de avaliarem que houve razoável incentivo para a sua participação, alguns comentaram que os professores deveriam intensificar este estímulo. Sugeriram a sistematização e organização das atividades, do material, dos fóruns de discussão. Alguns falaram da dificuldade de aprendizado por esse sistema e de manuseio do computador (5%). Esses dados fazem refletir que ainda há o desafio de melhoria na operação e praticidade no sistema de educação à distância por parte da nossa equipe de ensino.

De forma geral, consideraram que o curso os ajudou a pensarem o cotidiano de trabalho, as formas tradicionais de gestão e atenção e como ser (e se autorizar a ser) sujeito ativo no processo de trabalho. Sugeriram que mais profissionais da gestão de serviços façam o curso, pois algumas mudanças dependem de reorganizações da estrutura e da reformulação do modo tradicional de fazer saúde, o que esses profissionais podem ser facilitadores nesse sentido. O curso ocasionou mudança na vida de algumas pessoas, segundo os próprios relatos, e alguns disseram que o Curso os auxiliou a repensarem

modelos e concepções já enraizados neles mesmos, trazendo contribuições positivas para o trabalho em equipe, na clínica e na gestão.

d) A pesquisa sobre conceitos para atuar em saúde.

Com o objetivo de captar as mudanças ocorridas no discurso dos alunos na compreensão de alguns conceitos e na capacidade de articulá-los com a prática cotidiana nos serviços de saúde, os mesmos responderam a 5 (cinco) perguntas no início e ao final do curso.

As questões abertas abordaram os seguintes temas:

- determinantes do processo saúde/doença conhecidos e a forma de lidar com os mesmos no cotidiano;
- as dificuldades e possibilidades, sofrimentos e alegrias, conquistas, conflitos e sinergias do trabalho em equipe;
- as formas de organização e arranjos conhecidos para facilitar o trabalho em equipe;
- a organização do trabalho na unidade de atenção básica quanto à agenda, atenção à demanda espontânea, processo de definição de prioridades para acesso às diferentes atividades ofertadas (consulta, grupo, visita domiciliar, encaminhamentos, etc.);
- as ações coletivas realizadas e a finalidade das mesmas (trabalhos em grupo, campanhas, assembléia de moradores, etc.);
- eventos ou atividades relacionados ao trabalho ou decorrentes dele que mais gostavam e quais não gostavam e as razões para tal.

Os dados estão em fase de análise, mas podemos comentar que os resultados serão úteis para orientarem o aperfeiçoamento da metodologia de educação permanente, de modo a garantir espaços de explicitação dos conteúdos trazidos pelos alunos, abordar com mais ênfase a articulação entre teoria e prática e a manifestação dos desejos, interesses e objetos de investimento destes.

e) Desafios e limites da utilização do Método de Apoio Institucional Paidéia nos processos de educação permanente.

Como qualquer outra metodologia, o Método de Apoio Institucional possui implicações com um determinado modo de fazer a gestão em saúde e pensar as práticas de atenção. Isto significa que, ao se tomar como objetivos de um processo de educação a ampliação do grau de autonomia dos trabalhadores de saúde, a prática da gestão compartilhada, a interação dos membros das equipes na construção do projeto de ação, é necessário que se tenha certa identidade de propósitos com os gestores, sob o risco de levarmos relações conflituosas para o interior dos serviços. Outro efeito indesejado, possível de ocorrer, é que, ao se realizar a análise crítica da gestão com a presença de dirigentes, o produto não seja absorvido como contribuição madura e, sim, entendido como contestação política. Na experiência aqui relatada, estes problemas pouco ocorreram, até porque foram realizadas discussões prévias com os dirigentes municipais e estaduais acerca dos conteúdos e da metodologia a ser utilizada, além do fato de que os responsáveis pela área de educação permanente acompanharam ativamente o desenvolvimento das atividades do curso, o que facilitou a entrada de concepções do método no cotidiano dos serviços através dos alunos. Consideramos esta realidade, senão um limite, um pressuposto para ganhos de eficácia nos processos de formação.

Um desafio a ser enfrentado, para os coordenadores de um processo com estas características de co-produção de conteúdo e significado, é que a capacidade dos alunos e as condições objetivas de cada serviço são heterogêneas e interferem decisivamente na possibilidade de efetivar mudanças no tempo do curso. Alguns projetos se desenvolveram de modo mais consistente, com menos dificuldades e outros alunos demandaram mais tempo para interagir com as equipes de trabalho e construir um processo coletivo. Houve até, por exemplo, uma unidade de saúde onde o processo iniciou-se pela rediscussão do uso da autoridade pelo coordenador, nesse caso, também aluno do curso.

Vale dizer que apesar da estratégia da Saúde da Família possuir como base a equipe multiprofissional, na prática observamos mais um ajuntamento de profissionais, interagindo pouco entre eles, com a população adscrita e com o território. E aqui voltamos à primeira questão sobre a validade de se construir certa identidade de diretrizes entre curso, equipes e gestor, uma vez que houve grande insistência junto aos alunos para que qualquer intervenção, por menor que fosse sua abrangência, deveria ser pactuada e produzida pelo grupo, ainda que por uma parte da equipe. Numa instituição com valores e

concepções menos participativas podem acontecer desencontros de expectativas e frustração de parte dos alunos.

Há que se ter a perspectiva de processo, inclusive analisando com os alunos a viabilidade dos objetivos colocados para o Projeto de Intervenção, de modo a valorizar ganhos parciais e alcance de objetivos de curto prazo, mas que apontem para a direção dos objetivos estratégicos. O que nem sempre é possível, convenhamos. Afinal nem a co-gestão ou gestão participativa assegura aos envolvidos uma bola de cristal capaz de prever o futuro.

A gestão compartilhada é base para a prática ampliada da clínica e saúde coletiva. Todas têm uma metodologia comum, a saber: procuram considerar os sujeitos usuários, comunidades e trabalhadores como co-produtores dos processos saúde/doença/intervenção.

Outra característica do método de Apoio Institucional é priorizar as atividades nas práticas sanitárias como tema dos projetos. Observou-se, talvez porque grande parte dos alunos tivesse papel de administrar serviços de saúde, que a tentação em permanecer em processos intermediários era bastante comum. O que demandou negociação dos apoiadores para assegurar o foco na mudança das práticas assistenciais. A ênfase foi colocada no processo de análise do modelo para cuidar da saúde e a capacidade do aluno em mobilizar a equipe para a ação de mudança.

Este é um desafio, pois não é senso comum admitir-se que profissionais não dirigentes desempenhem o papel de coordenar projetos de mudança, o que amplia o grau de autonomia dos mesmos, além do que depende da identificação do significado do trabalho e um investimento afetivo no mesmo. Aqui o Método de Apoio Institucional Paidéia e seus apoiadores/professores horizontais contribuíram para o alcance deste resultado, ao lidar com dimensões política, subjetiva e pedagógica das relações de trabalho e de assistência à saúde.

Bibliografia

Campos, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Paidéia. SP: Hucitec, 2003.

_____. Um Método para análise e co-gestão de coletivos. SP: Hucitec, 2000.

Carvalho, Yara Maria de; Ceccin, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa *et al* (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. SP: Hucitec/ RJ: Fiocruz, 2006. p.149-182.

Cunha, Gustavo Tenório. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. SP: Hucitec, 2005.

Anexos

ANEXO I - Temas e conteúdos – Programa de aulas

- Processo saúde/doença intervenção: análise dos paradigmas.
- Co-construção do processo saúde/doença/intervenção.
- Clínica e Saúde Coletiva ampliada e compartilhada.
- Co-construção de autonomia: o tema do sujeito e da subjetividade.
- A tradição dos Sistemas Nacionais de Saúde: Concepção de rede, regulação, integração sanitária, gestão de sistema.
- Atenção básica nos diferentes sistemas de saúde. Experiências de outros países: Inglaterra, Cuba, Canadá.
- Ciência e conhecimento: saber científico e popular/ Incorporação tecnológica/ políticas e gestão, tendências.
- Método Paidéia de apoio institucional e matricial.
- Gestão participativa: Organização de espaços para gestão participativa. Sujeitos coletivos envolvidos: gestores, equipes e usuários/ manejo de grupos-equipe.
- Co-gestão: conselhos, colegiados e dispositivos de participação.
- Avaliação e diagnóstico compartilhado da unidade básica.
- Prática da clínica ampliada.
- Anamnese ampliada. Projeto Terapêutico Singular.
- Incorporação do sujeito/usuário no momento terapêutico: decisão conjunta, saber clínico/do usuário, adesão/abandono, etc. Relação com rede social significativa.
- Arranjos organizacionais: equipes de referência e áreas de apoio; alternativas organizativas e densidade populacional; gestão do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; campo e núcleo (conhecimento e responsabilidade) das profissões na ESF; profissional de referência; coordenação de caso; ética do trabalho em equipe.
- Instrumentos e arranjos de intervenção: consulta individual, grupo, visita domiciliar etc. atendimento supervisionado, protocolos e diretrizes clínicas.
- Acolhimento e avaliação de risco, responsabilização.

- Como lidar com demanda (acolhimento e avaliação de risco) e gestão da agenda (programação).
- Intervenção terapêutica ampliada e compartilhada; modo de vida: alimentação, trabalho, violência, etc.
- Contribuições do campo da Saúde mental para a clínica na atenção básica
- Contribuição das ciências políticas e sociais à clínica/saúde coletiva: poder, conflito, rede social.
- Atividade física e saúde.
- Objeto de trabalho da ESF: comunidade, família, indivíduo; população adscrita/ micro-território; organização e instituições existentes, intersectorialidade – escola, conselho tutelar, assist social etc.
- Identificação da vulnerabilidade dos diferentes agrupamentos populacionais, critérios para indicação de atenção especial.
- Avaliação de risco e de vulnerabilidade do território, população.
- Metodologia de mapa de risco em territórios indicação de estratégias de atuação dos serviços.
- Programação em saúde/ cadastramento.
- Arranjo organizacional para a prática da vigilância em saúde/ Núcleo de Saúde Coletiva.
- Organização do processo de trabalho da equipe para a vigilância, ação e monitoramento das situações de vulnerabilidade e dos agravos à saúde.
- Medicina Natural e Práticas integrativas.
- Apoio matricial, referência/contra-referência e funcionamento em rede.
- Atenção ambulatorial especializada.
- Atenção às urgências e emergências.
- Diagnóstico compartilhado de problemas e necessidades de saúde.
- Gestão da informação /Indicadores de Saúde.
- Metodologias de monitoramento e avaliação.
- Sistemas de informação.
- Metodologia de trabalho com grupos/ Apoio e manejo de grupos.
- Trabalho com coletivos e educação em saúde.

- Projeto de intervenção coletiva: intersetorialidade, escuta da comunidade, relação com outras organizações.
- Planejamento e gestão em saúde: Teorias de Planejamento; Plano de intervenção na unidade de saúde.
- Paradigmas da Gestão de pessoal na AB e políticas em sistemas públicos de saúde.
- Formação de pessoal e educação permanente.
- SUS: contexto, futuro e desafios.
- Mecanismos de financiamento do SUS.
- Pacto de gestão.
- Contrato de gestão entre gestor e equipe local.
- Instrumentos de gestão de pessoal, contratos de gestão, avaliação de desempenho.
- Mesa de negociação do SUS.
- Saúde do trabalhador.
- Gestão de redes.
- Dispersão; Discussão dos projetos de intervenção; Teleduc.

ANEXO II – Instrumento de avaliação dos módulos de aula

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

1- Quais eram suas expectativas para o curso até o presente momento?

2- Estas expectativas foram contempladas?

sim parcialmente não

3- Em relação às exposições realizadas, marque de 1 a 5 àquilo que melhor representa sua opinião:

		1	2	3	4	5	
a) Abordagem do tema:	Superficial						Profunda
b) Bibliografia fornecida:	Insuficiente						Suficiente
c) Exposição dos objetivos:	Obscura						Clara
d) Estes objetivos foram atingidos?	Não						Sim
e) Contribuição à sua prática no serviço:	Inexistente						Significativa
f) Contribuição para a sua formação em geral:	Inexistente						Significativa
g) Contribuição para o desenvolvimento de sua capacidade crítica:	Inexistente						Significativa
h) Avaliação geral das exposições:	Ruim						Excelente

4- Em relação à dispersão presencial:

		1	2	3	4	5	
a) reunião da sua turma	improdutiva						Orientadora
b) discussão entre todos os alunos	ruim						Ótima

5- Em relação aos expositores e tutores:

		1	2	3	4	5	
a) Forma de exposição das idéias:	Ininteligível						Clara
b) Coerência no desenvolvimento do conteúdo:	Incoerente						Coerente
c) Incentivo à participação dos alunos:	Pouco						Muito
d) Desempenho dos expositores de uma maneira geral:	Ruim						Excelente

6- Em relação às tarefas no Teleduc:

		1	2	3	4	5	
a) Discussões:	Impertin.						Pertinentes
b) Coerência no desenvolvimento do conteúdo:	Incoerente						Coerente
c) Incentivo à participação dos alunos:	Pouco						Muito
d) Participação dos tutores de uma maneira geral:	Ruim						Excelente
e) Manuseio das ferramentas operacionais:	Difícil						Fácil

7- Se desejar, faça comentários sobre questões que considera relevantes (temas, expositores, tutores, facilitadores, teleduc, textos, etc.

Obrigado pelas suas contribuições!

Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA

*Gustavo Tenório Cunha
Deivisson Vianna Dantas*

Introdução

A prática da clínica ampliada requer certa capacidade individual e coletiva que vai além da dimensão cognitiva. Michael Balint, em meados do século passado, ao justificar a construção de seu método de trabalho destacava a insuficiência da abordagem estritamente cognitiva em palestras e aulas sobre relação médico-paciente para os profissionais de saúde, método privilegiado nos processos de formação profissional. Não se tratava apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas antes de aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a estas relações. Necessitava-se da criação de um espaço e de um método que desse suporte aos profissionais para que pudessem exercitar, a partir dos seus “casos” vividos, uma elaboração sobre os afetos presentes nas relações clínicas, principalmente as duradouras. Já naquele tempo era uma característica do NHS (National Health System Britânico) a adesão de clientela, com uma certa liberdade para os usuários de escolherem os médicos de referência, de modo que os vínculos tendiam a ser longos e as rupturas em função de dificuldades relacionais, bastante explícitas e, muitas vezes, incômodas. Os grupos Balint eram formados por médicos do NHS britânico e discutiam casos clínicos trazidos por cada um deles.

A partir da contribuição de BALINT buscamos construir uma variação atualizada do seu método grupal que chamamos BALINT-PAIDÉIA. É importante aqui fazer um pequeno parêntese para destacar que, para o Método Paidéia e para os dispositivos correlatos a ele (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial) todos os espaços de encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários, são espaços de aprendizado, onde se lida com saberes, com poderes e com afetos. Ou seja, não se trata aqui de propor um arranjo substitutivo aos outros e muito menos algo que permita à organização prescindir da incorporação em todos os seus espaços, de uma capacidade mínima para lidar com estes temas, principalmente a subjetividade. Trata-se aqui de utilizar a grande contribuição de BALINT e colaboradores

e propor mais um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o Método Paidéia para a Co-gestão.

Voltando a BALINT: ele não fazia parte da gestão direta do NHS, no entanto, assumiu, a partir da clínica Travistok, uma responsabilidade que hoje consideramos dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais. Assim, a proposta de grupo BALINT hoje, para ser aproveitada dentro do SUS, precisa ser adaptada para o contexto dos desafios gerenciais atuais do SUS. Coloca-se portanto, da mesma forma que à Balint o problema de criar métodos gerenciais e de formação de profissionais que facilitem de forma real uma prática clínica ampliada.

O “grupo BALINT – PAIDÉIA” é ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos gerenciais formado por médicos e enfermeiros das equipes de Atenção Básica. A proposta é que durante estes encontros os profissionais possam apresentar seus casos, lidar com a subjetividade envolvida, trocar idéias com a mediação do gestor / apoiador e se debruçar sobre ofertas teóricas, sempre buscando criar uma grupalidade solidária e aumentar a capacidade de análise e intervenção. Por que propomos somente dois profissionais de cada equipe? A discussão de casos envolvendo toda equipe sob supervisão de um apoiador, pode e deve acontecer rotineiramente com cada equipe. Porém, uma vantagem dos grupos BALINT-PAIDÉIA é possibilitar uma otimização do trabalho do apoiador, reunindo ao mesmo tempo profissionais de várias equipes e, principalmente, criando condições para que ocorra um apoio lateral entre os pares. Ou seja, permitir que profissionais imersos em contextos semelhantes e provavelmente com problemas parecidos possam compartilhar dificuldades e soluções e aumentando o próprio auto-conhecimento. O grupo BALINT-PAIDÉIA possibilita um espaço mais protegido, menos pressionado pelas urgências do cotidiano e onde é possível colocar em análise as ações e os afetos envolvidos na prática dos profissionais.

Se entendemos que a clinica é inseparável da gestão (embora muitas vezes nos interesse distinguí-las), é importante também fazer uma breve discussão dos desafios

gerenciais em relação à prática clínica nos serviços de saúde, com vistas a preparar o gestor para as demandas que podem ser realçadas com o funcionamento dos grupos BALINT-PAIDÉIA, assim como para os desafios da co-gestão. Ao mesmo tempo em que existem dificuldades no plano da clínica dos profissionais de saúde para lidar com a singularidade dos sujeitos, existem também, e talvez maiores, dificuldades da gestão para lidar com singularidade dos trabalhadores e seu trabalho. Ainda são pobres as ofertas gerenciais de métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais de lidar com as singularidades (CUNHA 2004). A maior parte da energia gerencial nos serviços de saúde ainda se dedica à busca e a valorização de uma padronização das atividades. É forte ainda, nos serviços de saúde, a ilusão de que é possível e necessário buscar alcançar um saber, um protocolo, um gestor idealizado que, “este sim”, seria redentor e solucionador de todos os problemas. CAMPOS (2000) ao apontar a vitalidade dos princípios tayloristas na vida das instituições modernas, chama atenção para onipresença de alguns destes princípios. Destacamos entre eles a proposta de “melhor caminho” (“the best one way”), ou seja, o ideal de que para cada atividade laboral haveria apenas uma única (melhor) forma de execução. Na área de saúde esta fantasia de que um determinado conhecimento pode dar conta de todas as possibilidades do encontro clínico resulta em intenso investimento gerencial em protocolos, programas e “estudos baseados em evidência”. Correlato a este investimento, do outro lado da moeda, verifica-se também um sentimento de decepção e angústia diante das incertezas da clínica e da complexidade do adoecer. Em outras palavras um ressentimento pela insuficiência do (saber) ideal frente ao real. Se todos os recursos da padronização podem ser úteis ao trabalho dos profissionais na clínica, nenhum deles é capaz de contribuir decisivamente para a ampliação da clínica, uma que vez esta depende de pelo menos cinco aspectos:

1. alguma sensibilidade do profissional de saúde para buscar constantemente, nos encontros da clínica, uma percepção de si mesmo imerso em diversas forças e afetos (em permanente mudança);
2. alguma disposição para buscar articular satisfatoriamente para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira com a

- tendência/tentação⁴ excludente e totalizante de muitos destes saberes (por exemplo um diagnóstico qualquer frente a outros muitos possíveis);
3. alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
 4. alguma capacidade para lidar com a relativa incerteza (e eventual tristeza⁵) que estes desafios trazem;
 5. e finalmente uma disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de forma que seja possível mais facilmente adquirir as capacidades acima. Assim é necessário inventar maneiras de fazer gestão que dêem conta de ao menos facilitar o trabalhos dos profissionais que fazem clínica.

Se por um lado o enfrentamento inicial de mudanças clínico gerenciais esbarra inicialmente em formas tradicionais de gestão, cabe nos perguntar quais desafios a aceitação, ainda que titubeante, das propostas de clínica ampliada e co-gestão, trazem aos gestores na prática cotidiana? Necessariamente um destes desafios é valorizar nos profissionais recursos, soluções e projetos **criativos** e **singulares**. Vale dizer muitas vezes com validade restrita àquela situação, ou seja, sem evidências -nem necessidade delas- de eficácia em outras situações fora daquela em que foi concebida. Exemplo: um projeto terapêutico singular para o Sr. Alfredo, que tem diabetes e que “trabalha na confeitaria”, não precisa ser totalmente válido e generalizável para outros usuários. Valorizar esta produção singular implica em reconhecer e estimular o protagonismo dos profissionais chamados “da ponta”, protagonismo pouco evidente ou reconhecido em situações de trabalho mais normatizado. Como já descrito acima, as organizações, com presença importante do referencial burocrático-taylorista, produzem uma forte *libido normativa*, ou seja, um “desejo” de que as normas e protocolos sejam mais que

⁴ A palavra “tentação” cabe aqui. Ela costuma ser usada pelas religiões monoteístas e serve para lembrar proximidades entre estas e as diversas disciplinas do conhecimento, principalmente no tipo de relação que muito frequentemente ambas as instituições (religiosa e “científica”) estabelecem com seus “fiéis / usuários”: (a) um ‘convite’ a uma relação de adesão acrítica a princípios / paradigmas, (b) uma relação mutuamente exclusiva (ou um ou outro) e (c) um discurso frequentemente próximo do onipotência.

⁵ A fé na onipotência resolutiva deste ou naquele remédio, procedimento, disciplina ou profissão é constantemente questionada pela complexidade da vida e consequente necessidade de trabalho cooperativo e interdisciplinar. Os profissionais excessivamente identificados com estes “objetos de trabalho” podem sentir a necessidade de fazer um certo ‘luto’, para adequadamente lidarem com a incerteza inerente das situações de saúde.

suficientes. Neste contexto, gestores e trabalhadores, ao iniciarem o investimento na co-gestão e na clínica ampliada precisam reconhecer, em certa medida, que o “o rei está nu”, ou seja, que existe uma “faixa de incerteza” e portanto de riscos na prática clínica e gerencial. O que significa dizer que uma parte da alardeada segurança de protocolos e estudos, embora bem vinda e necessária, vai ser reconhecida como relativa e ilusória.

Por outro lado a possibilidade de investir no protagonismo e autonomia de trabalhadores e usuários pode produzir inicialmente nos gestores uma fantasia de que ele perderá “espaço” e poder. Frequentemente instaura-se uma crise de papéis. A impressão dos gestores, mais acostumados com a gestão burocrático-taylorista se depararem com as propostas de co-gestão, é de que a sua função esvazia-se. De fato muitas vezes é difícil para a auto-imagem de um gestor conseguir colocar-se a questão: qual o papel da coordenação em uma co-gestão? O fato é que este papel é muito mais complexo porque implica em lidar com processos subjetivos nos coletivos envolvidos. Implica em conseguir lidar consigo mesmo, seus desejos de poder e receios, no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor” (CAMPOS, R.O. 2003). O que pode facilitar a superação deste desafio é que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica tradicional e uma gestão tradicional aproximam-se na produção de um certo tipo de relação de poder/saber que busca acentuar a “distância” gerencial e terapêutica, uma clínica ampliada e a atividade de co-gestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes de poder/saber com vistas a produzir uma diminuição desta distância e aumento de autonomia, tanto do “paciente” na clínica, quanto do trabalhador, na gestão.

De todo modo, estas dificuldades dos gerentes e dos profissionais devem-se a uma confluência de forças que precisa ser reconhecida para que se possa lidar com ela. Talvez um certo ideal gerencial funcionalista esperasse que mudanças na gestão implicassem imediatamente em mudanças na prática clínica, assim como um ideal mais democrático-libertário gostaria de esperar que as mudanças nos profissionais “produzissem” a mudança na gestão. No entanto, estas duas perspectivas refletem dois extremos raros. E esta raridade está em sintonia com a teoria da co-produção (CAMPOS, GWS 2000) e da complexidade que tanto utilizamos. Portanto, as transformações em direção à co-gestão e

à clínica ampliada devem começar por todos os lugares onde for possível, e devem, preferencialmente, buscar um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que mudanças abruptas. Os grupos BALINT-PAIDÉIA podem contribuir neste processo, produzindo certamente vários “analísadores” da gestão e da atenção na rede assistencial.

Proposta de arranjo de trabalho

a. Composição do Grupo Balint-Paidéia

O grupo deverá ser formado por médicos e enfermeiros porque esta é a composição mínima de profissionais universitários da ESF⁶. Não deverá ultrapassar o número de vinte pessoas, totalizando no máximo 10 equipes. Sendo que nada impede que os grupos sejam menores, uma vez que Balint, na verdade, propunha grupos de 8 a 10 médicos. De qualquer forma, de preferência o médico e o enfermeiro devem ser da mesma equipe. Caso isto não aconteça deve-se pensar na possibilidade de diminuir o número de participantes, para que não demore muito para que a discussão de caso retorne a cada participante. Quanto maior o grupo mais difícil é a participação e a construção de uma grupalidade solidária. Ainda quanto à composição do grupo, pode ser bastante positivo que ele possa incluir outros profissionais da equipe como dentistas e psicólogos, dependendo da necessidade e da composição local. Muitas vezes a presença de um profissional com perfil diferente do biomédico, como um psicólogo ou um terapeuta ocupacional pode enriquecer o grupo. No entanto, é importante, sempre que possível, que haja mais de um profissional de cada equipe para facilitar a percepção da complexidade do caso e da relação de cada profissional com o paciente, além de possibilitar desdobramentos práticos na equipe com maior facilidade. É importante que seja pactuado no grupo, na rede e nas equipes a possibilidade de participação pontual, sempre que necessário, de outros profissionais. O objetivo é contribuir sobre temas particulares, seja um especialista da rede que também acompanha um caso (e esta é uma boa oportunidade para se exercitar o apoio matricial dos especialistas na rede), seja algum outro membro da

⁶ Caso o grupo seja feito em outro tipo de serviço, a composição deverá respeitar o tipo de equipe sem exceder o número de dois por equipe.

equipe ou da unidade de saúde (como um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde ou um coordenador de unidade).

É preferível que a coordenação/apoio do grupo seja em dupla. Se possível dois profissionais com formação diferente.

b. Frequência dos Encontros

O grupo deverá definir uma periodicidade: semanal ou quinzenal. A experiência quinzenal possibilita um tempo maior de amadurecimento das discussões entre um caso e outro. No entanto, também pode permitir maior dispersão. A melhor frequência nos encontros vai depender do contexto e das características de cada grupo. Os grupos BALINT eram semanais com duração de pouco mais que uma hora.

b. Como iniciar?

Recomenda-se que haja uma discussão ampla na rede assistencial da proposta de trabalho antes de iniciar os trabalhos de grupo propriamente ditos. A discussão deve buscar incluir os gestores e trabalhadores utilizando os espaços rotineiros de co-gestão ou extraordinários se necessário. É recomendável abordar publicamente os objetivos da proposta, critérios de escolha dos participantes e dinâmica de trabalho. É importante definir um tempo mínimo de funcionamento do grupo para que ele possa render frutos e ser avaliado. Este tempo mínimo deve ser entre um ano e um ano e meio. Depois deste tempo o trabalho deve ser avaliado pelo grupo e pelos gestores, para decidir sobre a continuidade ou não. Muitas vezes não é possível que todas as equipes de uma região tenham acesso a esta oferta durante todo o tempo, e então poderá permitir-se um rodízio. É importante destacar que o processo de discussão da proposta deve ser cuidadoso, tanto

para adaptar criativamente a proposta para cada contexto, quanto para facilitar os contratos com grupo e com a rede assistencial.

d O contrato

Ao ser definido o grupo é preciso pactuar a forma de trabalho. É muito importante destacar uma diferença com o grupo BALINT tradicional: nestes os temas eram sempre os casos clínicos, enquanto que nos grupos BALINT-PAIDÉIA existe uma abertura para discutir casos gerenciais, questões de saúde coletiva e da dinâmica da equipe. Apesar de ser saudável que cada grupo construa um contrato singular passível de ser reavaliado de tempos em tempos, alguns parâmetros devem ser considerados:

-O sigilo das informações trocadas no grupo. Buscar pactuar tanto o sigilo em relação aos casos clínicos, quanto em relação às relações gerenciais e internas da equipe. Este é um ponto fundamental e deve haver um compromisso explícito dos profissionais, apoiadores e gestores presentes de não utilizar informações obtidas de forma não pactuada.

- O sigilo precisa incluir as relações de poder na instituição. Isto significa que é preciso deixar claro que o espaço de trabalho do grupo deve ser um espaço PROTEGIDO, onde deve ser construída uma liberdade para críticas e questionamentos. Faz parte dos objetivos do grupo possibilitar o aprendizado de fazer críticas e receber críticas de forma construtiva. Dadas as relações de poder instituídas, o gestor deve dar o primeiro passo e deixar clara a “imunidade” do espaço de trabalho do grupo. Nem sempre os gestores – pelo lugar que ocupam – conseguem dimensionar o quanto as relações hierárquicas estão calando críticas e invisibilizando conflitos – e isto pode ocorrer mesmo quando há um esforço consciente para construir espaços coletivos de co-gestão.

e. Duração das atividades

Recomenda-se reservar um período para as atividades, sendo de rotina 2 horas para discussão de casos e duas horas para ofertas teóricas. Esta composição do tempo não

precisa ser rígida e deve se adequar às demandas do grupo. É recomendável sempre no início das atividades retomar uma avaliação do impacto do encontro anterior, do desenvolvimento das questões apresentadas e do(s) caso(s). Com grupos menores é possível pensar em tempos menores, pois são menos pessoas para falar.

f. Apresentação dos casos

É importante pactuar um roteiro mínimo para ser seguido na apresentação dos casos. No ANEXO 1 apresentamos uma proposta de roteiro para os casos clínicos, baseada nas propostas de Projeto Terapêutico Singular e clínica ampliada. É apenas uma referência e deve ser sempre colocada em discussão no grupo, aperfeiçoada e questionada. Para a apresentação dos casos gerenciais e de equipe os chamados “núcleos de análise” do Método Paidéia são a principal referência, no entanto, também apresentamos no ANEXO 2 um pequeno roteiro de alguns pontos importantes mais frequentes, que podem contribuir com a apresentação dos casos. Mesmo quando definido um roteiro singular para o grupo, ele deve ser flexível e estar permanentemente aberto a mudanças. É importante pactuar o compromisso com o caso apresentado: quem traz um caso assume a responsabilidade de dar prosseguimento às discussões na equipe, de articular rede social e principalmente de fazer devolutivas para o grupo de discussão. Esta responsabilidade bilateral entre o grupo e apresentador do caso implica uma certa flexibilidade do grupo para mudar agendas e incluir casos imprevistos acolhendo os momentos de crise dos profissionais em relação aos casos acompanhados.

g. Ferramentas de Educação à Distância

Sempre que possível é interessante utilizar as ferramentas de internet para disponibilizar bibliografia, continuar discussões em fóruns de discussão, possibilitar o compartilhamento de relatos e textos escritos por participantes do grupo etc. A

ferramenta que consideramos mais disponível (software aberto) e simples é o TELEDUC (<http://www.ccuec.unicamp.br/EAD/>). A ferramenta permite também um registro dos diversos momentos do grupo e pode ser utilizado posteriormente pelo próprio grupo para resgatar seu percurso.

h. Ofertas Teóricas ao Grupo

É uma riqueza deste tipo de grupo a possibilidade de oferecer o suporte teórico em sintonia com as questões discutidas no grupo. Para isto é importante que o(s) coordenadores/apoiadores do grupo se disponibilizem a buscar conteúdos novos e conheçam o conteúdo sugerido no ANEXO 3. Os conteúdos sugeridos dizem respeito principalmente à co-gestão e Equipe de Referência / Apoio Matricial (CAMPOS, G.W.S.), Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento, Abordagem Sistêmica da Família entre outros. Os temas da Clínica Ampliada e do PTS tem importância grande no início do grupo, assim como textos de Balint sobre casos clínicos e história clínica. Os autores deste trabalho deixarão a maior parte dos textos recomendados para as discussões teóricas do grupo, no sítio virtual de grupos do Google⁷, com acesso livre para o coordenador do grupo ir disponibilizando os textos. Evidentemente nada impede (aliás, é até recomendável) que os participantes do grupo também tenham acesso a todos os textos. O sítio virtual não disponibilizará os filmes sugeridos no ANEXO 3, mas é recomendável que os gestores busquem adquirir os filmes e disponibilizá-los não só para os participantes dos grupos, mas para toda a rede de saúde. É importante observar que esta proposta implica em uma diferença importante com os grupos Balint tradicionais, que procuram se restringir à dimensão subjetiva, sem ofertas teóricas diretas.

⁷ Endereço no google grupos do grupo-balint-paideia: <http://groups.google.com.br/group/grupo-balint-paideia?lnk=gcimh>

i. Reavaliação

Assim como na proposta de co-gestão, nos grupos BALINT-PAIDÉIA a necessidade de tomada de decisão e realização de pactos deve estar pareada com a possibilidade de revê-los, de avaliá-los. É importante que esta possibilidade esteja programada e esteja aberta ao grupo.

PROPOSTAS E CUIDADOS METODOLÓGICOS

Balint quando formulou o seu método de trabalho utilizava o referencial da psicanálise da época para diagnosticar uma problemática na clínica e propor um método de trabalho. No caso da proposta Balint-Paidéia busca-se reconhecer as contribuições do método Balint e enriquecê-las com o Método Paidéia, além de outros aportes teóricos importantes. Evidentemente aqui se fará uma restrição na discussão teórica sobre “grupos” que não se quer excludente. Existe uma vasta produção teórico-prática sobre o trabalho com grupos, e, na medida das preferências dos coordenadores/apoiadores dos grupos, ela pode e deve ser utilizada. O foco no método BALINT é tanto um reconhecimento da sua importância prática para a condução dos grupos, quanto uma reverência ao seu imenso pioneirismo no enfrentamento de desafios da clínica nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica.

Balint traz uma importante inovação quando procura criar um método para ampliar a capacidade terapêutica dos médicos. Ele assume que o jogo transferencial é inerente às relações humanas e busca então possibilitar ao profissional de saúde reconhecer e lidar com os seus afetos na relação com o paciente, além de perceber os afetos do paciente. Nas palavras do autor, os grupos buscavam possibilitar ao profissional.

“visualizar de certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecer os aspectos da sua própria maneira de lidar com o paciente que são úteis e suscetíveis de compreensão e desenvolvimento e os que não são

tão úteis e que, uma vez compreendido o seu sentido dinâmico, necessitem ser modificados ou abandonados” (BALINT 1988 p 260).

Para isto ou como parte disto, o método Balint buscava apurar a sensibilidade profissional, para que este pudesse perceber o “processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos” (idem, p 262). Tanto a auto percepção como a percepção do outro pressupõem que os “fatos” que interessam não são somente aqueles ditos “objetivos” e que geralmente podem ser mais.

“facilmente expressados em palavras. Os fatos que nos interessam são de caráter acentuadamente subjetivo e pessoal, e frequentemente apenas conscientes, ou então absolutamente alheios a todo controle consciente; e também costuma ocorrer que não existam formas inequívocas que permitam descrevê-los em palavras” No entanto, salienta BALINT, “estes fatos existem e influem profundamente na atitude individual frente à vida em geral e em particular no ato de ficar doente, aceitar ajuda médica etc...” (IDEM).

O método BALINT, portanto, busca possibilitar ao grupo de profissionais desenvolver esta sensibilidade para lidar com a subjetividade dos encontros terapêuticos. No caso do grupo BALINT PAIDĒIA acrescentamos que esta mesma sensibilidade precisa se estender para a subjetividade das relações entre os profissionais da própria equipe e para os profissionais do apoio, da gestão e mesmo para a relação com “a” Instituição. Como já dissemos, esta tarefa não pode ser exclusiva deste grupo de trabalho, mas deve estar presente em toda a gestão/clínica. Voltando a Balint, ele ressaltava a necessidade de se criar.

“uma atmosfera livre e amistosa do ponto de vista emocional”, na qual seja possível enfrentar o fato de que nossa verdadeira conduta é frequentemente diferente do que pretendíamos que fosse e do que sempre acreditamos que era. Adquirir consciência da discrepância entre nossa conduta real, nossas intenções e crenças não é tarefa fácil”. (IDEM)

Nos grupos BALINT-PAIDÉIA existe um maior número de variáveis, porque o grupo é maior, os temas mais diversos e podemos supor que a dificuldade seja maior. Esta atmosfera livre e amistosa é com certeza mais trabalhosa nos grupos BALINT-PAIDÉIA do que nos grupos BALINT. Não é tarefa simples para o grupo perceber como se misturam, uma insegurança pessoal na relação clínica, uma relação inamistosa entre dois membros da equipe, ou uma forte incorporação de uma norma organizacional, produzindo uma libido burocrático normativa (maior vontade de fazer cumprir normas maior do que de resolver problemas). Diante deste desafio parece importante retomar brevemente algumas ponderações de BALINT a respeito de três tipos de transferência mais frequentes nos seus grupos de trabalho:

- a) Profissional de saúde – paciente
- b) Profissional de saúde – coordenador do grupo
- c) Profissional de saúde e o resto do grupo.

A estas três podemos acrescentar mais duas nos grupos BALINT-PAIDÉIA:

- d) os padrões possíveis de transferência de cada profissional de saúde membro do grupo com a sua equipe (incluindo ou não o membro do grupo participante do grupo),
- e) de cada Profissional de saúde e as instâncias de gestão (da unidade de saúde, do distrito do município incluindo ou não neste padrão o coordenador do grupo).

Em relação aos três primeiros padrões, BALINT faz algumas recomendações importantes. O padrão transferencial (b) entre coordenador do grupo e o grupo, na dinâmica dos grupos BALINT é, na opinião dele, pouco utilizado como instrumento de trabalho, embora esteja sempre presente. BALINT aponta que a utilização como instrumento de trabalho deste padrão transferencial levaria o grupo a um “pólo

francamente terapêutico”. *“Para alcançar este objetivo [desviar deste padrão transferencial] o chefe do grupo procura conseguir a mais íntima fusão com o grupo”*. E evita até onde lhe for possível, fazer interpretações pessoais. BALINT lembra que num grupo terapêutico típico as interpretações do analista produzem *“uma intensificação das emoções (...) que toma (ria)m um caráter cada vez mais primitivo”*, exceto na última fase da situação terapêutica. BALINT admite que é impossível evitar que sobre o coordenador do grupo, pela hierarquia e sua função, se concentre uma *“boa quantidade de emoções”*. *“O fato em si deve ser compreendido e aceito, mas nos abstermos de interpretá-lo detalhadamente”* (IDEM p 266). BALINT acrescenta que, no decorrer dos trabalhos do grupo, é preciso cuidado para não subestimar a importância desta relação com o coordenador do grupo. *“O chefe do grupo representa os padrões para os quais aspira ao plano de ensino”*. Ou seja, com o tempo, cada vez que o profissional entrevista um paciente

“está em espírito presente o chefe do grupo. Consequentemente e de acordo com a postura emocional do clínico geral, a entrevista tem por objetivo mostrar-se ao chefe do grupo e demonstrar que estava equivocado, comprovar que o clínico geral aprendeu sua lição e pode arranjar-se sem o chefe, ou que sua opinião foi mais válida e penetrante”

Ou seja, existiria uma mitificação do saber do coordenador que o coloca em situação muito especial. Utilizando o Método Paidéia, podemos dizer que esta mitificação é também necessária ao menos inicialmente, mesmo que contenha certo grau de fantasia. Afinal, porque estariam ali reunidos aqueles profissionais de saúde, se não houvesse de início uma *“expectativa”* positiva no coordenador/apoiador, senão na pessoa, ao menos no seu método de trabalho? Desta forma cabe ao coordenador/apoiador lidar com a esta relação, que é também uma relação de poder, e é em boa medida análoga àquela do paciente com o profissional de saúde, ou do analisando com o psicanalista. O problema

está em como utilizar esta energia investida na diferença de poder, de forma a aumentar a capacidade de análise e intervenção do grupo (e não na manutenção ou no aumento deste poder). Cabe aqui acrescentar também, em relação à proposta do grupo BALINT PAIDÉIA, que este coordenador/apoiador terá a possibilidade de ter sobre si o padrão (e) de transferência de cada profissional com a instituição e com a gestão, complicando um pouco o manejo em várias situações, mas também potencializando em outros.

No entanto, nos parece conveniente lembrar como BALINT, a partir da sua experiência, propôs um caminho de trabalho grupal:

*“Creio que mediante o emprego [no grupo] da contra-transferência do médico a seu paciente habilitamos o profissional a adquirir no mínimo essa considerável embora limitada ”transformação da personalidade”, sem necessidade de uma prolongada análise pessoal. Talvez o sistema que utilizamos com maior frequência seja o da comparação dos métodos de cada médico com os de seus colegas de grupo. Simplificando um pouco as coisas, poderíamos dizer que utilizamos a **associação fraterna em lugar do pai primitivo**” (IDEM)*

BALINT recomenda que o coordenador do grupo aprenda a suportar duas atitudes do grupo para se aproximar deste objetivo: (1) a liberdade de crítica e (2) (esta liberdade de crítica exercida) num “modo construtivo-agressivo”. BALINT explica:

“a agressividade total, quer dizer o ódio destrutivo é tão inútil como um suave e doce espírito de colaboração construtiva” (IDEM 267).

Balint provavelmente está procurando dizer que as questões que realmente importam ao grupo e que tocam de forma contundente nos afetos dos profissionais são questões “sensíveis”. Se por um lado houver uma excessiva repressão, a conversa ficará

reduzida uma reflexão racionalizadora, passível de assemelhar-se a um espírito de colaboração construtiva, que acrescentará muito pouco à capacidade dos membros do grupo de lidarem justamente com os pontos sensíveis que eles podem estar evitando. Por outro lado, um clima de agressividade destrutiva permitirá a expressão destes afetos, mas talvez não produza também muita capacidade de percepção e de manejo, além de uma grande força desagregadora. Aqui se pode perceber a importância do coordenador exercitar-se na capacidade de separar, como dissemos anteriormente em relação ao gestor, o “estar coordenador” do “ser coordenador”. Caso o coordenador tenha muita dificuldade de fazer isto, poderá tomar como pessoal movimentos afetivos que dizem respeito ao processo grupal. BALINT esclarece que “mesmo que se tenha constantemente presente que a criação dessa atmosfera é uma das tarefas principais do grupo, não se trata de uma tarefa fácil de realizar” (IDEM p 268).

BALINT faz ainda algumas recomendações importantes a partir de uma tipologia para lidar com os desafios transferenciais no grupo de trabalho:

1-É importante que o coordenador do grupo procure não fazer comentários antes que todo o grupo “tenha tido tempo mais do que suficiente para expressar-se”. BALINT observa que para realizar comentários os ouvintes precisam se incluir, a partir da sua fantasia, na mesma situação relatada e observar as suas reações potenciais ante o problema. Como existem resistências, este processo pode ser demorado, e tanto o grupo como o coordenador devem aprender a esperar.

2-Um tipo de problema freqüente é quando o grupo vacila em criticar o colega que está apresentando o caso, “é evidente que (o grupo) se contém para não criticar o médico informante”. É bem interessante o que o autor propõe como ‘técnica correta’ nesta situação: o coordenador deve se abster de fazer a crítica que o grupo não está fazendo e apontar para o grupo o “excesso de amabilidade” com o relator do caso. Uma atitude aparentemente simples, mas que para autor exige, na verdade, “uma boa dose de auto-controle”, já que é muito tentadora a possibilidade de “**mostrar-se serviçal, compreensivo e principalmente, adotar uma atitude construtiva**”. BALINT relata que quando o coordenador cede a esta

tentação o resultado mais comum é que os participantes mais promissores, pouco a pouco se aborrecam e se retirem, enquanto que, por outro lado se cria um cordão de fiéis admiradores, que “idealizarão o chefe, e o acompanharão sempre na posição de fiés e leais alunos.”

3-Outro tipo de problema freqüente e que – segundo o autor - é mais complicado de lidar, ocorre quando, depois de um relato “o grupo se mostra hipercrítico ou absolutamente indiferente e desprovido de espírito de cooperação” É uma situação que geralmente reflete que o relator do caso se distanciou demasiado do processo do grupo.

É importante observar que, em grupos maiores tal como o que estamos propondo, este tipo de distanciamento pode ocorrer na forma de fragmentação, que acaba definindo parcialmente alguns sub-grupos, mesmo que muitas vezes provisórios, com afinidades e composições em diferentes momentos.

BALINT apresenta algumas hipóteses para o problema: o caso mais freqüente é quando um dos membros do grupo está simplesmente em outro ritmo. Ou muito além ou muito aquém das conquistas do grupo. Segundo o autor qualquer dos motivos de descompasso provoca irritação considerável no grupo. São vários os métodos para lidar com o problema: um deles é o coordenador manter-se imperturbável, ao ponto de destacar para o grupo a própria conduta do grupo. Caso isto não seja suficiente, o coordenador pode iniciar a comparação do trabalho apresentado com os outros trabalhos no grupo, destacando as diferenças e os significados das mesmas. O objetivo é ajudar o grupo a perceber as diferenças e possibilitar alguma compreensão sobre as causas da irritação.

4-Um outro tipo de problema se refere a uma variação do anterior, porém como decorrência de uma forte insegurança do profissional, resultando em uma postura reativa consistente com duas manifestações: ou na forma de um retraimento e abstenção sistemática, ou na forma de uma atitude falsificadora dos relatos, que se hipervaloriza nas próprias condutas até que cheguem os momentos de crise,

ocasião em que o profissional responsabiliza a metodologia proposta no grupo. A estratégia proposta por BALINT é “ganhar tempo”, com a expectativa de que o processo do grupo contribua para diminuir a insegurança do profissional.

As sugestões de Balint para lidar com o processo grupal são bastante pertinentes, e devemos considerá-las importantes, mas insuficientes, uma vez que o grupo BALINT PAIDÉIA se propõe a introduzir mais algumas variáveis na dinâmica de trabalho. Todo o processo de investimento transferencial no coordenador (b) e no grupo (c) vai estar misturado com relações gerenciais e institucionais (d) e relações internas da própria equipe (e). Desta forma vão estar na roda vários tipos de forças, de relações de poder e de afeto que precisam ser percebidas e trabalhadas na medida da necessidade do grupo. Por exemplo, ao se discutir um caso de um paciente idoso, pode-se destacar questões que digam respeito à forma com que se expressa uma correlação de forças na sociedade na relação com pessoas idosas. Também podem se apresentar na roda os limites dos saberes (e as dificuldades do grupo em reconhecer estes limites e lidar com eles), as opções políticas constitutivas destes saberes, assim como das políticas institucionais ou dificuldades pessoais de cada membro do grupo com este ou aquele tema. Em nossa experiência, alguns casos relatados com idosos que adotavam condutas desviantes (acumular lixo na casa ou conduta sexual provocativa) trouxeram o tema da loucura, da diferença, assim como sintetizavam tensões importantes na sociedade em relação à acumulação, em relação ao comportamento pretensamente “saudável” e às condutas sexualmente corretas, colocando em cheque os objetivos profissionais e valores “pessoais⁸” dos diante destes desafios.

É importante lembrar que o Método Paidéia pressupõe a possibilidade de intervenção e de oferecimentos dos coordenadores de grupo, de uma forma mais contundente do que propunha BALINT para o chefe do grupo. Tanto que sugere agregar à função de coordenar o grupo uma outra de apoiador. Desta forma, nos grupos BALINT-PAIDÉIA, uma parte do tempo é dedicada a um debate mais teórico. Supõe-se que a

⁸ Os “valores” de uma pessoa nunca são exclusivamente individuais, mas sim co-produzidos na vida social.

oferta teórica possa aumentar a capacidade de análise e intervenção do grupo, inclusive para que os profissionais possam conhecer os conceitos de transferência e contra-transferência, entre outros, que estão presentes na metodologia de trabalho no grupo. Evidentemente isto trás o risco de separação entre teoria e prática. Traz o risco também de mitificação e de construção de uma dinâmica em que o grupo passa a esperar todas as respostas do coordenador, dos textos ou de professores convidados. Em nossa opinião este é um risco importante, mas inerente ao trabalho, principalmente o trabalho coletivo nas organizações. O desafio, ao se deparar com situações paralisantes de qualquer ordem, é poder lidar com elas. Vale de uma forma geral a recomendação de BALINT para atitude do coordenador: ele deve saber que se conseguir adotar uma atitude correta ensinará mais com seu exemplo do que com seu discurso. Afinal a relação clínica dos coordenadores com o grupo é, em muitos momentos, análoga à relação dos profissionais com seus pacientes. E a clínica ampliada supõe capacidades que o coordenador/apoiador pode demonstrar: colocar em pauta possíveis fantasias grupais com este ou aquele saber disciplinar, pode ajudar o grupo a lidar com as diversas mitificações da clínica. Possibilitar a livre expressão de todos é uma atitude que pode ser repetida com o paciente (em outras palavras: ser ouvido pode ensinar a ouvir). Conseguir falar no momento apropriado também é uma capacidade importante para o profissional de saúde na relação com o usuário. Da mesma forma, criar condições de escolha e descobertas do próprio caminho para os profissionais do grupo é uma atitude importante na clínica e na gestão. Mas o próprio BALINT adverte: “é evidente que ninguém pode satisfazer completamente tão rigorosas normas. Felizmente não é necessário alcançar semelhante perfeição” (IDEM 265).

O Método Paidéia utiliza fortemente a contribuição de Pichon Rivere com os grupos operativos, neste sentido a definição de uma tarefa coletiva é uma importante ferramenta do grupo para sair de processos transferenciais paralisantes, ou que apontariam para uma configuração de grupo terapêutico, ou de grupo em pré-tarefa (com uma resistência mais ou menos inconsciente de enfrentar os riscos de iniciar uma tarefa). No caso do grupo BALINT a tarefa não é compartilhada diretamente entre os membros, cada um tem o seu caso, ou cada dupla tem o seu caso clínico nos grupos BALINT-PAIDÉIA. Balint sugere

que o “motor” deste tipo de grupo seja a transferência de cada um com seu paciente. No caso dos grupos BALINT-PAIDÉIA é possível que surjam tarefas ou temas mais coletivos, ou com padrão transferencial mais coletivo, como uma campanha de dengue, um apoio matricial com determinado centro de especialidade etc. O fato é que a tarefa comum, importante fator agregador que existe quando se pensa no trabalho em equipe (“coletivos organizados para a produção de valor de uso” no Método Paidéia), nos grupos BALINT e BALINT-PAIDÉIA não existem, ao menos tão diretamente. A tarefa muitas vezes estará colocada pelo compartilhamento de afetos comuns: por exemplo um grande sofrimento para lidar com determinados tipos de pacientes, ou trabalhar em equipe, ou com determinado tipo atividade etc. Esta diferença entre os dois métodos de trabalho torna talvez mais importante uma recomendação do método BALINT: é a chamada importância do ritmo de trabalho.

“Um dos mais importantes fatores neste tipo de treinamento é o ritmo. O que significa dizer que não se deve ter pressa. É melhor deixar que o médico cometa erros e talvez ainda se deva estimulá-lo a que incorra neles, em lugar de impedi-lo. Isto soa um pouco absurdo mas não o é; todos os membros do nosso grupo possuíam considerável experiência clínica, de modo que se justificava essa tática de obrigá-los a “nadar ou afogar-se”. (...) se o ritmo é mais ou menos adequado, o médico se sente livre para ser ele mesmo e possuir “a coragem da própria estupidez”. (...) A discussão dos diversos métodos individuais, a demonstração de suas vantagens e limitações o estimula a realizar experiências” (IDEM p 264, 265)

BALINT chama a atenção que, salvo momentos excepcionais, este não é um grupo de adestramento de técnicas que poderiam ser realizadas apenas por obediência ou imitação. Por isto ele valoriza extremamente o empenho dos coordenadores do grupo em tentar construir um clima de liberdade de expressão. Isto é o oposto ao clima “moral” e

maniqueísta que tantas vezes se institui nas organizações do SUS. Quando este clima moral se instaura o risco é criar um grupo que, na melhor das hipóteses, tentará funcionar de forma padronizada e submissa, alternando algumas vezes com o pólo oposto: a reatividade. Para isto BALINT chama a atenção para a paciência e para o respeito ao tempo do grupo e de cada profissional. É preciso permitir que os profissionais experimentem fazer da maneira que acreditam ser melhor, para que se possa manter no grupo um clima que lhe permita também relatar e enfrentar as conseqüências dos caminhos e decisões assumidos. O tempo do trabalho clínico na atenção básica e ambulatorial é diferente do hospitalar (CUNHA 2004), os resultados clínicos muitas vezes demoram anos para se fazerem ver; a maior parte dos pacientes tem problemas crônicos. O tempo político dos gestores também é diferente do tempo dos trabalhadores e pacientes. E, para complicar ainda mais, a rotatividade dos profissionais ainda é enorme no SUS. Apesar de tudo isto, ou exatamente por causa de tudo isto, é preciso haver espaços de trabalho com as equipes em que o tempo possa ser outro. Os grupos BALINT-PAIDÉIA que estamos propondo requerem este esforço de permitir também a sobrevivência de outros tempos, sintonizados com processos de aprendizado de profissionais e usuários. Como sempre não se trata, para o coordenador/apoiador do grupo, de abrir mão da sua capacidade de avaliação de cada situação singular. Inclusive avaliação de riscos. É importante dizer que, se BALINT podia trabalhar com profissionais experientes e que ele admitia terem uma grande competência no conhecimento das doenças, diagnósticos e terapêuticas padronizadas, isto nem sempre é verdade em relação as nossas equipes do SUS.

Com estes cuidados, alguma disposição para aprender junto com o grupo de trabalhadores e exercendo a chamada “função apoio” (CAMPOS 2003 pg. 85), os grupos BALINT podem ser montados em qualquer município que se disponha a enfrentar os desafios de qualificação da gestão e da clínica.

UMA APLICAÇÃO DO MÉTODO

Em uma experiência de um grupo BALINT PAIDEIA, formado por médicos e enfermeiros da atenção básica de Campinas, podemos colocar em prática esta proposta de

arranjo reflexivo para o trabalho em saúde. Ao todo foi um ano de reuniões semanais em que mesclamos ofertas teóricas tradicionais sob o formato de aulas e leitura de textos com discussões de casos clínicos e gerenciais, como já foi pormenorizado antes. O cronograma destas ofertas teóricas era planejado em curto prazo com o intuito de levantarmos nos casos discutidos os principais temas que afligiam o grupo.

Como primeira tarefa, encomendamos que o grupo trouxesse situações que mais lhes preocupavam no dia-a-dia de suas práticas clínicas. Nas discussões de casos iniciais era interessante perceber uma postura assistencialista frente a esses casos apresentados. O que mais os preocupavam não eram as questões clínicas em si, mas a grande demanda ao qual estavam expostos. Esta demanda no começo não era muito clara para ninguém do grupo, pois no cotidiano de trabalho não havia momentos em que pudessem questionar as suas práticas e maneiras de fazer saúde. Contudo a partir do instrumento da fala e das próprias discussões, questões inconscientes foram explicitadas. Vejamos o exemplo de caso trazido por um dos integrantes do grupo:

“Foi levado pela agente comunitária o caso de *APS*, o mesmo foi diagnosticado como portador de Lúpus, hipertensão e Insuficiência Renal. Em visita domiciliar subsequente verificou-se que a mãe tinha dificuldades para comprar as medicações e a alimentação. Em seguida, também se percebeu que *APS* se queixava de dor de dente.

Agendou-se uma consulta odontológica para a paciente e com a enfermagem para a mãe. Na primeira, logo após atendimento, foi dada alta devido à ausência de ‘alterações odontológicas’, na segunda a mãe mostrou-se bastante ansiosa e chorosa, devido prognóstico da filha. Ela referia dificuldades financeiras, sobrevive com menos de um salário mínimo, a conta do telefone já fazia 02 meses que estava cortada e já tinha ido até pedir ajuda nas rádios e políticos da cidade.

A equipe leva o caso para o médico que solicitou passe livre para que a mãe possa ir para as consultas médicas e encaminhou-a para a Assistência social com o intuito de dar entrada no benefício do INSS. A paciente, por sua vez, é acompanhada pela reumato, endócrino, oftalmo e nefro do hospital da região. Após discussão do caso com a psicóloga, propõe-se a atender a mãe e irmão, tentar encaminhar este último, que está desempregado, para um curso profissionalizante.”

Casos como estes são comuns na atenção primária de zonas periféricas das grandes cidades. É importante ressaltar que em muitas situações, a unidade básica de saúde configura como único aparelho do estado em regiões de vinte a trinta mil pessoas e às vezes até mais. Em uma das regiões que os integrantes do grupo Balint-paidéia trabalhavam, por exemplo, não havia escolas, delegacias de polícia, creches, bancos, praças, espaços esportivos e até mesmo o comércio era pouco diversificado, isto mesmo, o “postinho de saúde” era tudo (do estado) que uma população de quinze mil pessoas tinha.

Voltado ao caso de APS: Assim que foi relatado, o grupo tendia soluções das mais diversas configurações para resolver aquela angústia provocada: “por que não fazemos uma rifa para ajudá-la? Já passou por uma avaliação psiquiátrica?”. Na medida em que tínhamos tempo, em geral maior do que estes profissionais têm no seu dia-a-dia, a primeira catarse solucionista passava e depois o silêncio imperava.

Neste ponto, a existência de monitores foi importante para instigar as primeiras perguntas: Por que vocês estão propondo isto? Qual é o problema da paciente que tentamos resolver? Por que escolhemos alguns casos para nos dedicarmos mais entre tantos outros com problemas semelhantes? Que sentimentos estes casos geram em nós? Quais os critérios, geralmente inconscientes, que utilizamos para escolhê-los?

Questionamentos como estes levaram o grupo a disparar várias questões, principalmente da ordem de quem nós somos e o que devemos fazer. A partir de tentar descobrir o porquê que essas situações preocupavam tanto os participantes do grupo e em como elas geravam afetos tão intensos foi o que possibilitou uma motivação de buscar respostas para tal.

Este incômodo pode ser analisado com base nas identificações que as equipes têm com os seus objetos de investimento, ou seja, as populações que atendem. A pobreza e as necessidades sociais que afligem o território transmitem para equipe uma demanda assistencial que por sua vez, por não ter tempo para adquirir um discernimento real dessas questões, respondem a elas a única maneira que aprenderam: com o filtro teórico da saúde. Por esta razão o projeto terapêutico planejado para APS apesar de identificar

questões dessa natureza como problemática central responde a elas com ferramentas como medicalização, consultas, exames aposentadorias por invalidez...

Neste ponto, puderam perceber que a demanda, independente que seja decorrente de problemas relacionados à saúde ou não, era o maior problema detectado por estes trabalhadores. A partir do sigilo, puderam falar livremente sobre como lidam com esta demanda e concluíram que muitas vezes sufocam esta demanda por medo de não saber resolvê-las. Assim puderam questionar: “É nossa função debelar este tipo de demanda? Como podemos sofrer menos diante disso? Muitas vezes diante de tantos problemas, nos perdemos e esquecemos de cuidar da saúde desta população, como evitar isso?”

Indagações como estas, levaram os integrantes do grupo balint-paideia a se interessarem por discutir temas como avaliação de risco, planejamento do cuidado em saúde e a importância de se apropriarem da gestão e torná-la mais coletiva. Os temas propostos foram debatidos com uma proximidade maior dos seus respectivos dia-a-dia e com uma correspondência nas necessidades afetivas do grupo. Outras temáticas seguiram a mesma metodologia, despertando o interesse em refletirem sobre suas práticas de vida e de trabalho em saúde e para isso foi necessário levarem a reivindicação de espaços de gestão e reflexão também para as suas equipes.

Bibliografia

BALINT, M. O médico o paciente e sua doença Ed. LIVRARIA ATHENEU Rio de Janeiro 1988

BALINT, E. e NORELL, J.S. Seis Minutos para o Paciente, Ed. Manole São Paulo 1976

CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.

_____. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In CAMPOS, G.W. S. Saúde Paidéia 1^a. Ed. São Paulo: Hucitec.2003, p 51-67.

_____. Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Um 1^a. Ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. Saúde Paidéia 1^a. Ed. São Paulo: Hucitec.2003

CAMPOS, R.O A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas In CAMPOS, G.W. S. Saúde Paidéia 1^a. Ed. São Paulo: Hucitec.2003, p 122-152.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica Ed Hucitec São Paulo 2005

Kjeldmand, D e Holmström, I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners Annals Of Family Medicine, Vol. 6, No. 2 March/April 2008

MISSENARD, A. A Experiência Balint: História e Atualidade, Ed Casa do Psicólogo, São Paulo.1994

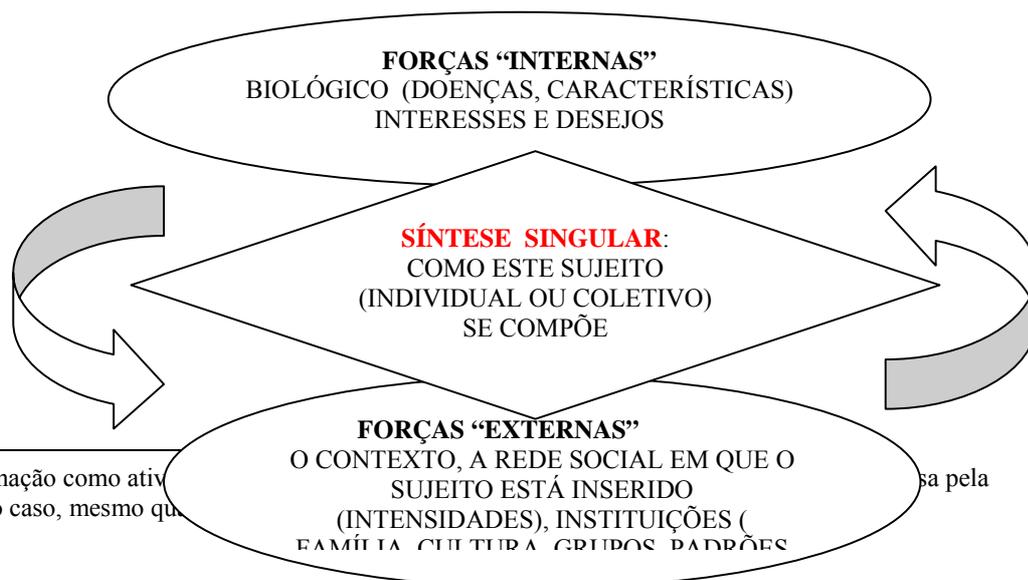
STARFIELD,B. Atenção Primária:Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia. 1^a ed. – Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002

TORPPA MA, et al., A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes, Patient Educ Couns (2008), doi:10.1016/j.pec.2008.01.012

ANEXO 1 Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Clínicos

- 1- História clínica / história de vida do paciente.
- 2- História do usuário em relação à equipe / em relação a outros serviços de saúde
- 3- Diagnósticos de problemas Orgânicos / Sociais e Psicológicos. MAPA DE CO-PRODUÇÃO
- 4- Quais os problemas mais importantes para a equipe // quais os problemas mais importantes para o usuário // para a rede social do paciente.
- 5- Quais as prioridades atuais.
- 6- história das intervenções feitas para o usuário // principais objetivos / problemas das intervenções.
- 7- Afetos despertados nos membros da equipe / sentimentos dos profissionais da equipe no decorrer da história / Contra-transferência.
- 8- Afetos despertados NA EQUIPE E NO PACIENTE pelos outros serviços de saúde / especialistas.
- 9- Qualidade das relações terapêuticas nos outros serviços
- 10- Genograma (de preferência feito junto com a família ou paciente e com possibilidade do mesmo falar sobre a história e o significado de cada pessoa no genograma)
- 11- Rede Social Significativa (com participação do usuário)
- 12- Diagnóstico de potencialidades (saúde) do paciente / coletivos a que ele pertence.
- 13- Quem é responsável pelo caso (coordenação⁹ do caso) / quem organiza atividades definidas
- 14- Quais formas de contato com os serviços parceiros são utilizadas para a gestão compartilhada do caso.

MAPA CO-PRODUÇÃO DE SUJEITOS



⁹ Coordenação como atividade de gestão do caso, mesmo que

sa pela

ANEXO 2 Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Gerenciais

- 1- Quais os grupos e pessoas envolvidos
- 2- História destes grupos ou pessoas no serviço (na medida do possível)
- 3- Quais os interesses / desejo envolvidos
- 4- Como a equipe se sente em relação tema.
- 5- Qual é o problema escolhido e como foi esta escolha
- 6- Para quem este problema é um problema (para quem não é?)
- 7- Como os dif atores lidam com o tema
- 8- Quais as possíveis causas destas diferenças de como lidam
- 9- Quais os espaços coletivos em que estas questões puderam ser faladas?
- 10- Como estes espaços são organizados, quais seus objetivos, quem tem voz nestes espaços, como é definida a pauta
- 11- história das intervenções feitas em relação a tema

**Espiraais D'Ascenso: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a
potencialização do Método da Roda**

Ana Maria Franklin de Oliveira
Gastão Wagner de Sousa Campos
Jair Franklin Oliveira Júnior
Mariana Dorsa Figueiredo

*“Em mim ressoa uma ordem:
Cava! Que vês?
Homens e pássaros, pedras e flores.
Cava mais, que vês?
Idéias e sonhos, clarões, fantasmas...
Cava mais ainda! Que vês?
Nada. Uma noite densa, muda, surda como a morte.
Deve ser a morte.
Cava um pouco mais!
Ah! Não consigo penetrar mais a muralha negra! Ouço gritos e prantos, ouço frêmitos
de asas que vêm de outra margem!
Não chores, não chores, não vêm da outra margem!
Os gritos, os prantos, e as asas... vêm do teu próprio coração!”
Kazantzakis*

*“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”
Cora Coralina*

Introdução:

Este capítulo contém a proposta de método Espiraais D'Ascese para capacitação em gestão, visando o manejo e a coordenação de equipes, grupos e unidades de saúde, de modo a potencializar o Método da Roda através das contribuições de Balint e da

Psicologia Grupal¹⁰. Ascese ou ascesis vem da palavra grega “askesis” e significa exercício, esforço, explorar. Podemos definir o método como “espirais de exercício, empenho, exploração e esforço para desenvolver potenciais de equipes e grupos”. A imagem de uma espiral ascendente potencializa a imagem da roda, porém de uma forma que promove um "crescimento" – ampliação da capacidade de compreensão e de ação sobre si mesmo e sobre o mundo -, uma ascensão potencial em relação a uma situação anterior. E, ao mesmo tempo, rompe com a imagem de círculos, que podem ser virtuosos, mas também viciosos.

O método consiste na incorporação das contribuições teóricas de Balint e de autores que desenvolveram a base conceitual da psicologia de grupos como Foulkes (1971), Bion (1975), Pichon-Riviére (1986), Cortesão (1989), Zimerman (2000), Osório (2000) e Oliveira Júnior (2000; 2003), dentre outros.

O Método das Espirais D´Ascese foi desenvolvido através de uma pesquisa-ação realizada no município de Amparo (SP), em função de sua experiência na implantação da Estratégia de Saúde da Família; de ser campo de prática da Residência em Medicina de Família e Comunidade/ Unicamp; da gestão democrática na saúde; da existência de um grupo de matriciamento da rede básica e da construção do trabalho interdisciplinar das equipes.

Amparo fica a sessenta quilômetros de Campinas, tem 67.503 habitantes, sendo 71% da população urbana e 29% rural e mantém as características demográficas nos últimos dez anos (IBGE, 2006). Sua rede básica possui quatorze Unidades de Saúde da Família (USF) com dezenove Equipes de Saúde da Família (ESF)¹¹; uma população adstrita de 867 famílias por equipe (3,63 pessoas por família em média) e de uma a três equipes por USF, exceção da área rural (Amparo, 2007). As equipes passaram de treze

¹⁰ Teve como base empírica uma pesquisa de pós-doutoramento da Dra. Ana Maria Franklin de Oliveira, sob a orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos e supervisão do Prof. Dr. Jair Franklin Oliveira Júnior, além do apoio de Mariana Dorsa Figueiredo, psicóloga e doutoranda do DMPS/FCM/Unicamp.

¹¹ A rede básica conta atualmente com 210 servidores (40hs): médicos (19) enfermeiros (19), técnicos de enfermagem (38), agentes comunitários de saúde (68), dentistas (14), auxiliares de consultório dentário (14), agentes administrativos (16) e auxiliares de serviços gerais (15). As unidades atendem demanda agendada e demanda espontânea. Há apoio matricial de psicólogos (6); nutricionistas (2), médica (1) e dentista (1). Cerca de 90% dos médicos trabalham há mais de um ano (dez 2005) e cerca de 10 dos 19 médicos tem formação em Saúde da Família.

em 2002 para dezenove em 2006, e a cobertura populacional evoluiu de 78,14% em 2002 para 90% em 2006 (Amparo, 2007).

O Município implementou importantes mudanças na rede básica nos últimos anos, das quais podem ser destacadas a criação de Colegiados de Gestão; a construção de ESFs em cada Unidade Básica de Saúde (UBS); a adequação do número de profissionais nas UBSs; a construção, reforma e ampliação de seis UBSs; a aquisição de equipamentos para garantir resolutividade da atenção; a Educação Permanente para qualificar a clínica; a criação de indicadores para avaliação do trabalho das equipes; a reorganização do processo de trabalho das ESFs; o desenvolvimento de ações preventivas/ educativas; a incorporação das ações de Saúde Bucal, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, além de investimentos nas retaguardas laboratoriais e especializadas .

No entanto, apesar destas e outras importantes conquistas evidenciadas nos últimos anos, que incluem a adscrição da clientela às equipes; a reorganização do processo de trabalho com a implantação do trabalho em equipe; as visitas domiciliares; as ações de promoção da saúde e a inclusão do trabalho dos agentes comunitários, permanece o desafio de ampliar o foco da clínica dos profissionais para além da doença e do corpo. Ou seja, permanece o desafio de preparar os profissionais da Saúde da Família para o desenvolvimento de abordagens psico-sociais e particularmente o manejo de tecnologias relacionais, que envolvem o trabalho com equipes, famílias, grupos e comunidade.

Problematização: Despreparo profissional para lidar com o sofrimento humano, a subjetividade, as inter-relações e os processos grupais

Balint (1984), psicanalista húngaro, que trabalhou com médicos de família nos primórdios do Sistema Nacional de Saúde (SNS) inglês, reconheceu os limites de uma abordagem estritamente cognitiva, baseada em aulas e seminários, na formação destes profissionais. Era necessário aprender a lidar com a dimensão subjetiva presente nas relações clínicas e com os sentimentos inerentes a estas relações. Tratou de criar um espaço que garantisse suporte aos profissionais para que exercitassem, a partir da discussão coletiva de “casos difíceis”, um contato e “elaboração” dos sentimentos

subjacentes às estas relações, cujo vínculo costumava ser duradouro em função da adscrição de clientela, existente no SNS. Segundo ele, a falta de preparação para lidar com o sofrimento humano, presente o tempo todo na atividade do profissional da saúde pode enlouquecê-lo.

Observa-se que os adoecimentos e suicídios entre estes profissionais e o uso de drogas entre estudantes de medicina e médicos é cada vez mais freqüente. O sofrimento manifesta-se na mente sob a forma de depressões, suicídios, psicoses; no corpo sob a forma das doenças psicossomáticas clássicas: hipertensão arterial, gastrites, tonturas, reto-colites ulcerativas, taquicardias, infartos do miocárdio, dentre outras (Mello Filho, 1979; 1999) e em novas e massivas formas de adoecimento, que apresentam um forte componente psico-social, tais como ansiedade e pânico; déficit de atenção e hiperatividade; bulimia e anorexia; depressão e compulsões de várias ordens, tais como excesso de trabalho, de sexo, de esporte, de consumo, de ingestão de alimentos/ obesidade, de álcool ou drogas; de atitudes violentas, tais como estupros, assaltos, acidentes de trânsito, homicídios, etc.

Embora hoje haja um maior controle das doenças infecto-contagiosas e avanços no campo da diagnose e terapêutica das doenças crônicas, pouco se tem avançado na abordagem das sociopatologias ou no estudo das causas do adoecimento, no que se refere à somatização ou adoção de estilos de vida pouco saudáveis. No entanto, as sociopatologias, bem como doenças que possuem um forte componente psico-sócio-cultural associado, são cada vez mais prevalentes. Estão a exigir uma formação mais aprofundada dos profissionais, de modo a muni-los de novas ferramentas como o manejo apropriado de grupos, abordagem de inter-relações familiares e de equipes, considerando os fatores de ordem afetiva presentes nestas inter-relações, que pressupõem conflitos, diferentes visões de mundo, de interesses e de poder político. Ressalta-se, desta forma, a importância da criação de novas metodologias de formação profissional para enfrentar os desafios de uma abordagem psico-sócio-cultural, que mitigue os efeitos perversos da crescente individuação e subjetivação no mundo contemporâneo, onde a cultura do excesso exige escolhas permanentes, ampliando as angústias e medos, cada dia mais presentes num mundo onde os laços afetivos estão cada vez mais frouxos e as exigências performáticas cada vez mais vorazes.

Os desafios de uma abordagem desta ordem estão a exigir profunda reflexão sociológica sobre as aceleradas mudanças em curso na contemporaneidade, aliadas às formas cada vez mais particulares de enfrentamento cultural desta “desorganização social”, e do modo singular de internalização e construção de significados individuais. A complexidade deste quadro pressupõe a criação de espaços permanentes de reflexão para desconstrução e reconstrução de paradigmas e modelos, incluindo o da clínica individual e especializada, que deve ampliar-se através de uma abordagem inter-relacional, em espaços cada vez mais coletivizados (famílias, grupos, redes, equipes). Observar o processo de liquefação da vida e das instituições no mundo pós-moderno (família, religião, ciência, Estado) e dos laços afetivos (Balmam, 2004) exige um processo de permanente cuidado, apoio matricial interdisciplinar e garantia de espaços que possibilitem o próprio cuidado e o cuidado das emoções e sentimentos presentes nas inter-relações profissionais.

Nas Equipes de Saúde da Família, este quadro diagnóstico se traduz num crescente adoecimento, cujos sinais mais evidentes são: desmotivação para o trabalho; prejuízo na criatividade; afastamentos por licenças médicas; improdutividade; aposentadoria precoce; pedido de demissão, transferências e mudanças de local de trabalho; necessidade de readaptação de função; desinteresse pelos pacientes; e relação profissional de saúde-paciente fria e distante. Mas, à despeito da complexidade deste quadro é possível enfrentar a situação sem ceder ao sentimento de angústia, que paraliza. É fundamental que os gestores do sistema de saúde, em todos os níveis, se sensibilizem para a necessidade de garantir espaços de formação específicos, com ênfase numa abordagem psico-social, de grupalidade e redes de cuidado com o próprio profissional. Enfrentando assim, ao mesmo tempo, o imenso prejuízo causado pelo absenteísmo, adoecimento e falta de motivação para o trabalho, que representa a situação atual.

Defendemos que é possível trabalhar com a subjetividade dos profissionais, utilizando para isto o manejo de casos clínicos e de grupos, através do Método das Espirais D’Ascese, promovendo o cuidado e o amadurecimento da personalidade dos profissionais, mesmo que de forma limitada. Isto traz como corolário a possibilidade de ampliação da clínica e de co-gestão de coletivos e uma maior responsabilização, que se

traduz em aumento de resolutividade para o SUS, além de maior bem estar e realização profissional.

O Método Espiral D'Ascese

Para testar nosso método, buscamos avaliar, através de uma pesquisa-ação realizada no município de Amparo, durante o ano de 2007, sua potência e seus limites. As Espirais D'Ascese consistem numa versão modificada do Método da Roda, ampliada pelas contribuições de Balint e da psicologia grupal. Ou seja, é a própria aplicação do Método da Roda, que se propõe ser um espaço de permanente troca de idéias, conhecimentos e afetos, com mediação de apoio especializado, ofertas teóricas e construção de um ambiente protegido, que permita o aumento da capacidade de análise e intervenção do grupo.

A figura parental do coordenador de equipe/ grupo no processo de amadurecimento grupal, com o passar do tempo, deve ir cedendo lugar ao apoio fraternal entre os pares, através da livre discussão circulante, de modo a gerar maior capacidade de geração de “filhos” ou elaborações pelo grupo (projetos terapêuticos singulares – PTS e projetos de intervenção), ou seja, adquirir autonomia, criatividade e produtividade, segundo o conceito de matriz familiar grupal de Oliveira Junior (2005). O método permite que profissionais imersos em contextos semelhantes e provavelmente com problemas parecidos possam compartilhar dificuldades e soluções. O método se vale também dos conceitos de Bion (1975) e Boétie (1982) de dependência da figura parental nos grupos e servidão voluntária, respectivamente, para estimular e proporcionar liberdade, criatividade e autonomia.

A pesquisa-ação (Thiollent, 1988) para testar o Método da Roda em sua versão revisitada, aqui denominada “Espiral D Ascese”, deu ênfase à análise qualitativa dos dados e foi desenvolvida através da constituição de um grupo operativo fechado, formado por vinte profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos e dentistas, que desempenham, ao mesmo tempo, funções assistenciais no âmbito das equipes e funções de gestão na coordenação das unidades e do sistema de saúde. Contou também com a presença da

gestora municipal, dos apoiadores da rede básica e dos residentes (R2) de Medicina de Família e Comunidade da Unicamp.

Diferentemente do Método da Roda, constituiu-se em um grupo fechado, por trabalhar aspectos pessoais, relacionados principalmente ao trabalho, dos profissionais participantes. Embora não se trate de um grupo terapêutico, o grupo fechado facilita a criação de um “ambiente protegido” onde vínculo e sigilo são cultivados, visando o aprofundamento de questões e emergência das ressonâncias afetivas, que vão tecendo o “inconsciente grupal”, através da “livre discussão circulante” precipitada pela discussão do caso clínico.

No tocante às ofertas teóricas, optamos pela metodologia Paidéia que propõe um misto de ofertas teóricas consideradas fundamentais pela coordenação, somadas a temas que são demandados pelo próprio grupo (Campos, 2000) no decorrer da discussão dos casos (Balint, 1984).

Preferimos não utilizar nenhum roteiro, seja para a discussão dos casos clínicos ou gerenciais, pois acreditamos que roteiros pré-estabelecidos podem engessar a discussão ou conduzi-las por caminhos pré-concebidos pela coordenação. A “livre discussão circulante” de idéias e sentimentos, segundo Foulkes (1971), a nosso ver, permite a ressonância afetiva entre os membros do grupo, de modo a fazer emergir o “inconsciente grupal” e permitir que o grupo trabalhe a partir de vários níveis de experiência e interpretação, seus medos, defesas, projeções, fantasias, angústias, ansiedades, à medida que estes vão sendo revelados (Cortesão, 1989).

Do ponto de vista formal, o conjunto das atividades (discussões de casos, ofertas teóricas, atividades de educação à distância) consubstanciou um Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, reconhecido pela Escola de Extensão da Unicamp, com duração de treze meses (vinte e seis encontros quinzenais de quatro horas). Nas primeiras duas horas eram realizadas discussões de casos clínicos e de gestão objetivando a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e Projetos de Intervenção. Nas duas horas seguintes, ofertas teóricas com o objetivo de promover uma fundamentação conceitual sobre o Método da Roda, ampliado por algumas contribuições fundamentais de Balint e da psicologia grupal (ver temas trabalhados em anexo).

A Pesquisa (ainda em fase de conclusão) avalia o impacto do método, através da análise de sessões selecionadas aleatoriamente, dentre todas as sessões gravadas e da realização de dois grupos focais (no início e no final). O curso também teve uma avaliação da incorporação conceitual, através da aplicação de questionários (início e final) e uma avaliação do desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos e de Intervenção desenvolvidos pelos alunos.

Principais referenciais teóricos trabalhados

Os conceitos centrais do Método da Roda utilizados foram o de Clínica Ampliada, que lida com a singularidade dos sujeitos sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção e o de Co-Produção Dialética de Sujeitos Individuais e Coletivos e uma reflexão crítica sobre os limites do conhecimento universal diante de um sujeito sempre singular (Campos, 2000; 2003). Nesta perspectiva, o Método da Roda tem como premissa o trabalho com a subjetividade e o trabalho em equipe, ambos pressupostos da clínica ampliada, face à singularidade dos sujeitos e a complexidade crescente dos diagnósticos e intervenções. Na construção e pactuação dos Projetos Terapêuticos com usuários e famílias, os vínculos são fundamentais para a sua efetividade, que implica no reconhecimento de uma dimensão subjetiva e no manejo das emoções subjacentes, seja da pessoa em cuidado ou do profissional e equipe envolvidos. A construção de um espaço coletivo pode potencializar não só conhecimentos e práticas, através da complementaridade dos núcleos de saber e construção de um campo comum transdisciplinar, mas também a co-produção dialética de sujeitos individuais e coletivos, reconhecidos como tais nos processos de co-gestão de coletivos (Campos, 2000).

É central no Método Paidéia a noção de que a existência de contradições e conflitos entre desejos, interesses e necessidades de sujeitos, grupos, coletivos e organizações é inevitável. Cabe à política, à gestão ampliada ou à psicologia fornecer recursos (teóricos e metodológicos) para que os sujeitos logrem analisá-los e os co-gerir de maneira positiva (Campos, 2000). Saber lidar com a subjetividade das pessoas e dos grupos é, a nosso ver, ferramenta fundamental para o sucesso das estratégias de reorganização da atenção básica à saúde. Torna-se necessário capacitar os profissionais

do PSF para a ampliação da clínica, através do desenvolvimento de uma abordagem psicossocial e também para o manejo da subjetividade no trabalho com equipes, famílias e grupos. Para a efetividade do Método da Roda não basta sentar em roda. A co-gestão exige lideranças competentes, treinadas em técnicas grupais de coordenação, conhecedoras de fenômenos emocionais grupais para que não se fique girando em círculos viciosos, mas se apóie na construção de círculos virtuosos, que transcendam a si mesmos, num movimento elíptico-espiral ascendente, de modo a incorporar, através de novas reflexões e perspectivas, um olhar ampliado, que se traduza em mudanças de atitude.

Nossa hipótese central é de que o manejo da coordenação de equipes e grupos exige conhecimento específico da psicologia grupal desenvolvida nas últimas décadas, cujo referencial teórico pode contribuir imensamente para a construção das “Espirais D’Ascenso“, cujas rodas evoluem, traçando novas rodas, num movimento de ascensão dado pelo amadurecimento dos profissionais e de suas inter-relações, desenvolvendo potencialidades e criatividade, a serviço do bem-estar pessoal, profissional e da ampliação da clínica e co-gestão de coletivos.

Nos primórdios da implantação do Sistema Nacional de Saúde inglês, no pós-guerra, Balint (1984), psicanalista radicado na Inglaterra, desenvolveu importante trabalho de apoio aos médicos de família, através da realização de grupos para discussão de casos difíceis, a partir dos sentimentos provocados pelos casos em cada profissional. O grupo ajudava a apontar sentimentos transferidos pelo paciente (transferências) e sentidos pelo médico (contratransferência), que em geral obstaculizavam o tratamento. O objetivo deste trabalho era colocar a psicanálise a serviço dos generalistas, iluminando “pontos cegos” nas personalidades dos profissionais que obstaculizavam o bom desenvolvimento do processo terapêutico. Estes “insights” surgidos ao longo dos encontros permitiam um desenvolvimento, embora limitado, da personalidade do médico.

No entanto, a experiência de Balint (1984) ainda não apontava para os estudos e o conhecimento dos fenômenos emocionais presentes nos processos grupais. Embora trabalhasse com grupos de médicos, seu interesse principal era a pesquisa, visando uma melhor capacitação dos médicos para desenvolver “uma escuta qualificada”, que revelasse tanto os aspectos emocionais presentes no processo de adoecimento e cura,

como, principalmente, os sentimentos subjacentes às relações entre médicos e seus pacientes. Trabalhava ainda nos limites do conhecimento da psicologia individual. No final de sua produção teórica, Balint desenvolveu a Técnica do Flash, que consiste numa capacidade de empatia, que representa um esvaziamento psíquico do profissional para compreensão emocional do paciente. O Flash poderia se realizar nos seis minutos pertinentes a consulta individual. Balint preferiu não se confrontar com as escolas psicanalíticas muito prestigiadas à época, que olhavam apenas para o inconsciente dos indivíduos. Interessante, entretanto, ressaltar que alguns dos textos de Freud¹², no final de sua vida, mostram um crescente interesse pelos fenômenos emocionais coletivos (Freud, 1976).

Considerar a subjetividade individual é importante. É o que faz a maioria dos autores e referenciais teóricos da psicologia e da pedagogia, mas é insuficiente para o trabalho com grupos na medida em que é necessária a compreensão das inter-relações grupais em seus aspectos conscientes e inconscientes. Há sempre inúmeras possibilidades de interpretações e soluções criativas, a partir da construção coletiva do grupo, embora a experiência pessoal individualizada também possa contribuir. Embora a pedagogia e a psicologia individual forneçam importantes bases para a compreensão dos fenômenos intra-psíquicos, existe na atualidade, um campo de conhecimento específico voltado para o manejo de coletivos, ainda pouco conhecido e com grande potencial de utilização na Saúde da Família, uma vez que seu foco são as inter-relações experimentadas por equipes, famílias, grupos educativos, terapêuticos, esportivos, profissionais, dentre outros.

Foi um contemporâneo de Balint, colega na Clínica Tavistock em Londres, Bion (1975), quem trabalhou de forma pioneira com grupos analíticos e escreveu textos fundamentais para o estudo da dinâmica grupal. Bion (1975) mostrou que o fato de alguém estar em grupo provoca regressão e os membros do grupo ficam dependendo de seu líder. Ficam como que mentalmente imobilizados esperando ordens, autorização e apoio do líder. Foulkes (1971), também em Londres (mas antes de Bion) nos trouxe o conceito de matriz grupal, como o espaço de criação no grupo. Matriz vem de mãe,

¹² Como “Psicologia de Massas e Análise do Ego”, “Moisés e o Monoteísmo”, “O Futuro de uma Ilusão”, dentre outros.

“mater”, matrícula em uma escola, e lembra útero, círculo, roda e gestação de idéias e conceitos no interior de um grupo. O conceito de matriz é fundamental para se entender o potencial criativo e elaborativo de um grupo, a partir do momento em que seus membros passam a associar livremente, conversar, se integrar e pensar em soluções. Lembra a máxima de que “muitas cabeças podem pensar melhor do que uma”. Daí a importância dos colegiados para a discussão de temas variados.

Cortesão (1989), um discípulo de Foulkes (1971), estudou os níveis de aprofundamento das comunicações intra-grupo, através da livre discussão circulante de Foulkes (1971) e da ressonância afetiva, os quais denominou níveis de experiência e interpretação. Cortesão (1989) estudou também o papel do coordenador, sua importância fundamental no desenvolvimento de um grupo e denominou de padrão grupanalítico o modelo impresso no grupo pelo coordenador de um grupo. Cortesão (1989) nos mostrou a importância do coordenador, figura parental, na regressão ou crescimento de um grupo.

A técnica consiste em permitir que um grupo de pessoas converse livremente. Depois de um certo tempo (vinte a cinquenta minutos para um grupo de até dez pessoas), verificaremos que poderá ser observada a comunicação de inconsciente para inconsciente através do fenômeno da ressonância afetiva, ou seja, se instalará um nível profundo de comunicação subjetiva que poderá facilitar a emergência de sentimentos presentes neste grupo. Assim identificaremos os sentimentos inconscientes grupais, os níveis de aprofundamento das comunicações, descritos por Cortesão (1989) e denominados níveis de experiência e interpretação. Isto nos leva a crer que mesmo sem a presença de um coordenador, alguns grupos são capazes de atingir altos níveis de experiência e interpretação. Se o coordenador garantir este espaço de fala inicial, sem interrupções, de modo a permitir a livre discussão circulante e as ressonâncias afetivas e, após algumas reuniões, a passagem da fase de limpeza do lixo psíquico à de troca de experiências e interpretações, o grupo pode elaborar e superar situações conflitivas.

Na Atenção Básica, a psicologia grupal é uma ferramenta importante, pois os profissionais deparam-se o tempo todo com situações clínicas nas quais o inter-jogo relacional é fator importante no adoecimento físico e mental e também no processo de tratamento e cura.

Pichon-Riviére (1986) desenvolveu importantes ferramentas para auxiliar na realização das tarefas propostas no âmbito de um grupo, por ele denominado de “grupo operativo”. É bom lembrar que recursos materiais e as instalações físicas adequadas são importantes, mas insuficientes para garantir o bom acolhimento e o tratamento adequado a um paciente. É a competência de um ser humano que auxilia o outro, que está em sofrimento ou doente.

Estudos sobre a psicologia do indivíduo e dos grupos se completam e enriquecem o conhecimento do funcionamento mental dos indivíduos e dos grupos (Zimerman, 2000). A psicologia dos grupos pode propiciar o espaço adequado para a superação de conflitos e crises, comuns nos ambientes grupais, principalmente no ambiente de trabalho (Cortesão, 1989; Foulkes, 1971).

O relacionamento humano muitas vezes é enlouquecedor, principalmente nos grupos. Por isso, recomenda-se que o coordenador não deva fazer parte do grupo de trabalho, precisa ser alguém que venha de fora, que tenha um olhar de fora para dentro (Bion, 1975). Que seja um apoiador, um facilitador do trabalho, que garanta a livre discussão e, ao mesmo tempo, possa ir sistematizando o trabalho e fazendo as ligações com as ofertas teóricas. Numa ambiência onde não haja um nível alto de conflito, o coordenador da equipe pode participar como um membro do grupo operativo, desde que tenha perfil adequado o suficiente para saber escutar e lidar com críticas, agressões e conflitos inerentes aos espaços grupais.

O Método Paidéia reconhece “que há transferência e contratransferência entre a equipe e o coordenador/ apoiador”. O conceito de transferência é originário da psicanálise e “designa um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida” (Laplanche & Pontalis, 1992: p.514). A aplicação desse conceito em co-gestão justifica-se na medida em que se reconhece que, entre a equipe e entre ela e o apoiador, há influência de processos inconscientes e há conflito de interesses e circulação de afeto (Campos, 2000).

No que se refere ainda à transferência, Guattari (1976) observa a construção de “padrões progressivos, mutantes, de relação, ainda que guardando alguma referência ao passado, mas não somente ao triângulo edípico”. Podemos aqui entender o conflito edípico no grupo como a dificuldade de algum membro do grupo de suportar a situação

de ser o terceiro excluído. Fato comum nas relações interpessoais nos grupos entre o coordenador, figura parental, o grupo e algum membro do grupo que foi excluído em algum momento. Assim, em um grupo haveria diversos sentidos possíveis para os processos de transferência e não somente entre o analista e os pacientes, constituindo um fluxo de afetos. Como bem descreve Zimerman (2000), nos grupos a transferência é múltipla e cruzada. Desejos, bloqueios, interdições cruzam os espaços coletivos sem que os envolvidos tenham plena consciência desses movimentos e destes sentimentos. Há, portanto, afeto, luta pelo poder, medos, desconfiança, sentimentos esquizo-paranóides, enfim, conflitos nas relações que se estabelecem entre os membros de uma equipe, e destes com o apoiador e vice-versa. Reconhecer que há circulação de afeto é reconhecer que as pessoas em co-gestão se afetam, gerando amor, apoio, integração, amizade, criatividade, suporte afetivo, mas também incômodo, desafio, inveja, disputa, e ódio entre elas (Campos, 2000).

Embora grupos e equipes sejam espaços de circulação de afeto, é importante ressaltar que é comum existirem sentimentos transferências específicos em relação à figura do coordenador, que desempenha no grupo o papel de figura parental, a quem é atribuído maior poder/ saber. Isto pode funcionar, no início, como fator aglutinador e mobilizador. No entanto, esta transferência inicial, que pode ser acompanhada de um certo “deslumbramento” (colocar a luz no outro/ retirando-a de si, só o outro tem luz), deve ceder lugar a um maior amadurecimento do grupo, quando o coordenador não estimula, através de um “conluio inconsciente” esta dependência. Ao contrário, o processo de transferência torna-se criador e crítico, à medida que a ambiência de confiança e sigilo propicia o exame crítico dos afetos e conflitos, servindo como ponto de apoio para a elaboração e implementação de projetos coletivos, ao mesmo tempo em que promovem mudanças na perspectiva e nas atitudes dos sujeitos envolvidos.

No entanto, “a resistência em analisar-se” é uma constante nos coletivos, equipes e grupos. Manifesta-se, principalmente, na recusa em integrar-se aos Espaços Coletivos, ou, quando existem, em desconstruí-los. Outro sintoma da resistência é a não inclusão, entre os temas de debates, de assuntos relativos a dinâmica relacional do grupo. Fala-se sobre tudo e todos, menos sobre a co-produção dos fatos; principalmente, sobre o modo do grupo lidar com o mundo, com a instituição e consigo mesmo (Campos 2000).

É papel do coordenador/ apoiador trabalhar os mecanismos de defesa quando surgem, muitas vezes associados a uma infundável demanda por maior aprofundamento teórico. “Na realidade, trata-se de adaptar para a co-gestão de coletivos alguns aspectos da ‘técnica dos grupos operativos’ de Pichon-Riviére (...) de aproximar o saber (momentos de análise) do fazer (compromissos com tarefas), evitando contemplar o mundo e a si mesmos com certo distanciamento protetor. Para o Método da Roda, portanto, desde o começo se analisa (...) toda e qualquer equipe conta com uma série de informações originárias de sua experiência, ainda que toscas e com sistematização precária. Utiliza-se pouco a informação produzida pela própria experiência do grupo. Em geral, a dificuldade de um coletivo analisar não decorre da ausência de informação ou da dificuldade de acessar dados; resulta, sim, de entraves políticos, organizacionais e subjetivos” (Campos 2000).

Assim, é importante revelar o potencial de ação do grupo desde o primeiro momento e apontar sentimentos muitas vezes “inconscientes” que obstaculizam a realização das tarefas. Por isso, o manejo/ coordenação de grupos, equipes, unidades básicas ou outros níveis de gestão, depende da formação, experiência emocional interna e do próprio amadurecimento emocional do coordenador/ apoiador. Desta forma, para se colocar em prática os princípios básicos do manejo de grupos é necessário algum tempo de treinamento.

Um dos princípios básicos consiste em dispor de um espaço físico regular, periódico, em círculo, num local adequado para falar e ouvir, num ambiente calmo, silencioso, a portas fechadas. Este “setting” deve ser contratado com todos os participantes desde o início e, se possível, não ser alterado, pois mudanças frequentes podem ser interpretadas pelos participantes como “descuido” por parte do coordenador. O coordenador deve cuidar de sua saúde mental, ter capacidade para dar continência às angústias e incertezas crescentes das pessoas e de lidar com os conflitos inerentes às inter-relações grupais. O manejo das técnicas de grupo deve propiciar ambiente para a “limpeza do lixo psíquico” regularmente acumulado, sem que o coordenador se sinta afetado por isso, de modo a reabrir os canais criativos do grupo, ajudando-o a melhorar suas relações internas e externas (Osório, 2000). Isto provoca a instalação de espirais de “d’escenço” sem que os “mal entendidos” se alastrem, criando um clima destrutivo e

obstrutivo do trabalho, que funciona como um ralo das potências e energias criativas da equipe (Zimmerman, 2000).

Para compreendermos a importância da coordenação no processo de formação e emponderamento de um grupo é interessante lembrar os diferentes tipos de lideranças descritos por Pichon-Riviére: autoritária, democrática, caudilhesca e “laissez faire”, e acrescidas do tipo narcisista (Zimmerman, 2000). A “liderança autocrática” possui características ditatoriais, obsessivas, narcísicas, e o grupo pode tornar-se dependente, inseguro, sem pleno uso da liberdade e criatividade. Na liderança do tipo “laissez-faire” há excesso de liberdade, negligência e risco de não ser continente. Na “liderança demagógica” predomina a ideologia retórica, provocando decepção, desânimo e aumento do sentimento de desconfiança e descrença. A “liderança narcisista” é favorecida por um “conluio narcisista inconsciente”, comum, por exemplo, na relação de ensino – aprendizagem, entre coordenação e grupo, à medida que espera-se que o “alimento”, consubstanciado no “saber externo”, surja como a solução dos problemas. Pode ainda ser traduzido por uma relação de “deslumbramento” (perda da luz própria) diante da figura do formador, o que impede o desenvolvimento da potência individual e grupal. Enfim, somente a liderança democrática, que inclui hierarquia, papéis, funções e limites, pode levar um grupo ao amadurecimento psíquico, que se traduz em relações saudáveis, passíveis de dar continência aos conflitos inerentes aos processos grupais, compartilhamento de responsabilidades, espírito de equipe e construção de projetos de gestão compartilhada no âmbito da clínica e da gestão.

Cabe à coordenação produzir Espaços Coletivos para que os grupos expressem, analisem e reconstruam metas, objetivos e representações. Para isto combinar dois métodos de trabalho: um que valoriza a análise da demanda do próprio grupo; por meio da "associação livre de idéias", escutar e interpretar, conforme o sugerido pela psicanálise e pela análise institucional (Lourau, 1995). Ao mesmo tempo, produzir situações que obriguem o Coletivo a se pronunciar sobre metas, objetivos e representações oriundos de outras instâncias (método de análise da oferta). Ou seja, trabalhar tanto com temas diretamente relacionados ao objeto de investimento eleito e construído pelo grupo, como com temas decorrentes do contexto social. Na análise reflexiva daí decorrente, o texto construído não oculta a existência de falhas, problemas, lacunas ou de contradições,

fornecendo, portanto, bases para o questionamento da legitimidade do instituído (Campos, 2000).

Análise do processo de implementação do Método em Amparo: casos comentados

A seguir abordaremos alguns aspectos¹³ do processo de implementação do Método em Amparo. No primeiro encontro foram trabalhados os objetivos do curso, a metodologia, o contrato e o “setting”, os sentimentos esquizo-paranóides (medo de exposição, sigilo, desigualdade de poder fora do grupo/ presença do gestor municipal no grupo), papéis da coordenação e dos supervisores, forma de avaliação, etc.

Contratou-se a responsabilização de cada participante pela elaboração de um Projeto Terapêutico ou de Intervenção na gestão, que seria acompanhado pelo grupo até o final do curso e constituiria o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). No total foram elaborados dezoito Projetos Terapêuticos¹⁴.

Os primeiros três tratavam de casos muito difíceis, complexos, situações que colocavam em teste os “limites” da equipe. O sentimento comum era de impotência, insegurança, medo, angústia paralizante. Um deles era o de uma família de traficantes, onde havia algumas pessoas em tratamento de tuberculose supervisionado. Havia insegurança da coordenação ao designar um novo ACS responsável, na falta do ACS da micro-área. Havia medo da equipe em relação à condição de traficantes, além de uma série de outros problemas de ordem social e familiar, que podem ser vistos na descrição completa do caso¹⁵. O outro caso foi de uma paciente acompanhada pela equipe que morreu sem diagnóstico. A coordenadora da USF trouxe sentimentos de impotência, culpa, talvez de negligência. Seguido de medo de expor o caso fora do grupo na recomposição do percurso do caso pelos vários níveis do SUS, particularmente no âmbito da própria Secretaria, onde poderia ter recebido tratamento de prioritário na fila de espera dos procedimentos especializados. E o último caso, de uma paciente com diabetes II e

¹³ Ressaltando que a análise dos resultados da Pesquisa-ação ainda não está concluída

¹⁴ Houve a desistência de 2 residentes devido aos estágios em paralelo, que impediram sua frequência regular ao curso.

¹⁵ Relatório de Pesquisa de Pós-Doutorado. Ana Franklin, 2008 DMPS-FCM-Unicamp (no prelo)

insuficiência renal crônica, resistente ao tratamento na UBS, que se mostrava agressiva, acompanhada de negativas em receber as visitas domiciliares, o que obstaculizava a coordenação/equipe de realizar o cuidado e a continuidade do tratamento.

A análise do conteúdo inconsciente grupal nestes três casos evidenciou dúvidas acerca da potência do curso para mudar o sentimento de impotência do próprio grupo. O ‘insight’ propiciado pelo contato com o sentimento de angústia paralizante e impotência, aliado as contribuições do grupo, seja na análise e interpretação dos problemas levantados, seja na criatividade que pautou a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) trouxe emponderamento aos profissionais, de modo a buscarem implementar novas práticas, a partir dos “novos olhares” que ampliaram a clínica e redefiniram novas formas de gestão do cuidado e do serviço.

Assim, no primeiro caso, muito se avançou no trabalho contra o estigma e exclusão da família pela comunidade, particularmente na creche e escola, onde o caso foi discutido. A tuberculose foi controlada, embora o paciente tenha se recusado a realizar um tratamento de sua condição de adicto. No segundo caso, a coordenação/equipe conseguiu sair de um sentimento de culpa imobilizante para a revisão do acolhimento de casos semelhantes, tanto no nível da USF, como em sua relação com os responsáveis, a nível de SMS, pela priorização das urgências nos encaminhamentos para serviços especializados. No terceiro caso, a coordenação pode entrar em contato com o sentimento contratransferencial de raiva e com a postura obstinada de negação da solicitação de aplicação domiciliar de insulina, tratando de forma similar e normativa todos os casos de pessoas insulino-dependentes, sem perceber a necessidade de flexibilização que o caso em questão exigia para a manutenção do vínculo. Cabe ressaltar que a paciente apresenta dificuldades sócio-econômicas, uma rede social mínima e visão comprometida, o que a impede de deslocar-se até a USF, conformando um caso de risco grave. O PTS previu a transferência temporária do caso para outros profissionais da equipe, ainda não contaminados por este sentimento, permitindo assim o restabelecimento do vínculo com a equipe e a garantia de continuidade do tratamento.

Os dois casos que se seguiram foram do mesmo nível de dificuldade, porém relativos à gestão: imposição autoritária e sem sucesso da rotatividade de coordenação das reuniões de equipe e tentativas frustradas de integração da Santa Casa à lógica do

SUS. Nestes dois casos foram trabalhados sentimentos de onipotência x impotência. Entrar em contato com os sentimentos de impotência pode potencializar novas ações, como nos casos que se seguem. No primeiro caso, evidenciaram-se os limites e a frustração de expectativas da coordenação, ao tentar impor a liderança a quem não se encontrava preparado, ou não desejava exercê-la. A coordenação de qualquer atividade gera além de bônus, muitos ônus, que muitos podem não desejar carregar. Nem todas as pessoas estão maduras o suficiente para lidarem com estes ônus e responsabilidades ou para administrarem os conflitos inerentes ao convívio grupal. A partir desta compreensão, uma coordenação rotativa torna-se um ato pretensamente democrático, que se traduz num ato autoritário. A mudança observada foi a criação de espaço para o florescimento de iniciativas coordenadas por diferentes profissionais no âmbito da USF. Também foram trabalhadas as projeções inconscientes na figura do coordenador, de relações arcaicas vivenciadas com as figuras parentais, que representaram autoridades, que às vezes se manifesta através de relações conflituosas. A compreensão deste fenômeno ajuda os coordenadores a compreenderem que, muitas das situações conflituosas no âmbito das equipes são provocadas por estas projeções inconscientes e nada têm a ver com a figura real do coordenador.

Em relação ao caso da relação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a Santa Casa, destacam-se aspectos relativos à própria dificuldade de se compreender a lógica de funcionamento e dissolução do poder interno desta instituição conveniada com o SUS, totalmente desarticulada e constituída de múltiplos grupos de interesses, além da existência de uma lógica completamente diferente da lógica de funcionamento do próprio SUS. Da perspectiva do psiquismo grupal é possível associar-se este relacionamento interinstitucional à imagem de um casamento entre parceiros com personalidades totalmente distintas, onde o diálogo é extremamente difícil. A falta de compreensão destes limites leva a relações extremamente conflituosas, associadas a um sentimento de raiva e impotência, que torna o fluxo de afetos negativo. A contextualização do caso no âmbito da política nacional, relativa ao papel das Santas Casas no SUS, ajudou também a perceber que o problema de relacionamento interinstitucional requer soluções que transcendem o âmbito do poder local. No entanto, em nível de governabilidade local há possibilidades de soluções criativas, embora parciais, que foram sugeridas no Projeto de

Intervenção, tais como trabalhar nas áreas de menor resistência e/ou setores estratégicos, como o Pronto Socorro, de modo a buscar uma parceria que melhore o relacionamento da rede de atenção básica com o hospital. Interessante observar que os sentimentos de raiva e impotência, revelados inicialmente, foram dando lugar a um projeto bastante inovador e criativo visando uma possível co-gestão da SMS (PSF)/ PS da Santa Casa, obstaculizado, até o momento, por dificuldades de ordem macro-política no relacionamento interinstitucional.

No percurso das discussões dos casos que se sucederam apareceu uma forte expressão de frustração e descontentamento por parte de uma participante, que pode ter atuado como “porta voz inconsciente” do grupo. Tais sentimentos de frustração foram expressos com agressividade. A coordenação teve dificuldade de lidar com sentimentos contra-transferenciais também agressivos, tomando uma atitude normativa, ao evitar a abertura do espaço para uma avaliação do curso mais geral naquele momento, de modo a ouvir os demais integrantes do grupo. Uma avaliação estava prevista para uma das sessões seguintes. No entanto, esta integrante do grupo pode ter funcionado inconscientemente como “porta-voz” da frustração do grupo em relação a não tratar-se de um curso tradicional de gestão, mas de uma proposta que se propõe a trabalhar também a nível de subjetividade, com os sentimentos que dificultam ou impedem a realização das tarefas. O grupo, no entanto, voltou a elaborar esta sessão em um momento posterior, na qual o curso foi muito bem avaliado. No entanto havia necessidade de acolher os sentimentos de frustração como sentimentos reais, embora pudessem ou não ter relação com resistência interna a fazer o trabalho intra-psíquico proposto. Esta hipótese se baseia no fato de ter havido explicitação no contrato inicial do curso de seus objetivos e metodologia, que correspondiam ao que estava sendo ofertado. Outro tipo de resistência que surgiu foram tentativas de manipulação inconsciente que buscaram cindir a equipe de coordenação, endeusando uns e satanizando outros, evidenciando um certo elogio e apologia da teorização em detrimento da análise do processo grupal, o que também foi compreendido como resistência ao trabalho intra-psíquico grupal.

A revelação, contato e interpretação destes sentimentos defensivos foi ajudando a reduzi-los, à medida que os integrantes percebiam que tais sentimentos tidos como “negativos e obstrutivos” podiam ser revelados e acolhidos pelo grupo, de modo a não

obstaculizar o amadurecimento e empoderamento grupal. À medida que fomos trabalhando as defesas e os limites do próprio grupo e da Estratégia de Saúde da Família na resolução de determinados problemas, o grupo, cada vez mais saiu da condição de vitimização e culpabilização externa para a de diagnóstico, interpretação e construção de soluções criativas. Os dois PTS que se seguiram evidenciaram emponderamento do grupo para co-produção de sujeitos coletivos potentes para lidar com sociopatologias complexas, que exigem alto nível de capacitação em tecnologias relacionais.

Um dos casos, trazido por um coordenador, médico de uma equipe que atua em área rural, envolvia violência intrafamiliar e uma história de vida marcada por carências e abusos de toda ordem. Trata-se de uma mulher de 25 anos, que comparecia frequentemente à Unidade com queixas genitais sem causa orgânica aparente. Desde sua infância sofreu violência física, psicológica e sexual, vivendo em situação de exclusão social, com grande dificuldade de manter vínculos afetivos. Teve diversos relacionamentos com homens que reproduziram o ciclo de violência, possuindo uma filha de 10 anos, que também vem sofrendo agressões por parte do padrasto e da própria mãe. O Projeto Terapêutico discutido pelo grupo envolveu a solicitação de auxílio da assistência social; o desenvolvimento de parcerias locais para garantir maior inclusão social; apoio para a obtenção de trabalho; capacitação da ESF para atuar como ego-auxiliar e reflexão sobre as reproduções da violência no âmbito da própria equipe e as alternativas para lidar com casos como este, comuns na comunidade rural assistida pela equipe. A partir das primeiras intervenções previstas no PTS, a usuária foi mostrando-se aberta ao apoio da equipe. Conseguiu um emprego temporário e passou a produzir artesanato como forma de complementar sua renda. O psicólogo da USF passou a realizar visitas domiciliares, nas quais trabalhava com mãe e filha o auto-cuidado e as dificuldades cotidianas de ambas. Como a usuária costuma faltar aos atendimentos agendados, a equipe colocou-se aberta para acolhê-la nos momentos em que ela própria os procurasse, o que possibilitou maior aproximação e o estreitamento do vínculo. A equipe vem apoiando a usuária no sentido de estimular uma re-estruturação familiar menos violenta. Este PTS possibilitou ainda, um efeito não esperado na dinâmica da própria equipe. A partir das discussões sobre a violência e conflitos gerados pela desigualdade sócio-cultural local, a equipe pôde analisar sua forma de atuação frente à

diversos problemas sociais presentes no território e houve uma diminuição dos conflitos internos à equipe. Isso promoveu novas práticas de saúde voltadas para esta população que tem na violência um fator intrínseco da construção do coletivo local. A equipe passou a fazer avaliação de risco e vulnerabilidade, dando atenção para a violência como geradora de agravos físicos e mentais, e a ampliar suas intervenções para a abordagem das dimensões subjetiva e social no processo saúde-doença.

O segundo caso que também evidenciou uma profunda mudança de perspectiva do grupo no sentido de sair da condição de impotência, e vitimização para uma de potência crescente. Tratou da abordagem familiar de um paciente psicótico, sem relacionamentos familiares ou rede social e sem adesão a tratamento do Caps. O usuário, alcoolista, de 55 anos, recebe sua aposentadoria no banco e administra seu dinheiro, evidenciando capacidade de prover-se e autonomia para locomoção, embora apresentando sérios problemas com a higiene pessoal e da casa. Não costumava tomar banho, limpar a casa ou lavar roupas. Não permitia que as pessoas da família entrassem em sua casa, “defendendo-a” através da defecação pela casa, como se a demarcar seu território. A geladeira permanecia desligada, com alimentos podres que colocavam em risco sua saúde. Houve episódios de intervenção forçada, como realização de faxinas pela equipe, solicitação de intervenção da Vigilância Sanitária e encaminhamento ao Caps, sem adesão ao tratamento. O PTS evidenciou a necessidade de atuar em conjunto com o Caps, de modo a sustentar o tratamento no tempo, de repensar referência e contra-referência e discutir os papéis de cada serviço. A equipe investiu no aprofundamento do vínculo, através do trabalho paciente e sensível da ACS. A equipe conseguiu também aprofundar o conhecimento sobre a família do usuário e sua rede social, ao mesmo tempo em que foi estreitando os laços com ele. A medicação, que não era revista há alguns anos, foi mudada e o usuário passou a alucinar menos. Foi descoberta uma irmã, que ainda possuía vínculo, que se responsabilizou pela higiene da casa, com a permissão do paciente, que também concordou com a manutenção da geladeira ligada. A equipe passou a compreender as atitudes do paciente em função de sua história familiar e de seu sofrimento mental. A discussão sobre as redes sociais sensibilizou a equipe para montar um grupo de convivência com pessoas que possuem transtornos mentais e que se tratam na USF, como esse usuário, que hoje também participa do grupo. A idéia do “grupo de

convivência” é voltada para a produção de saúde, com destaque para um grupo de artesanato que se reúne periodicamente e é auto-gerido. Esta idéia se estendeu para vários outros serviços, muitas vezes substituindo os grupos por enfermidades (hipertensos, diabéticos). A USF e o Caps se aproximaram e este iniciou uma capacitação para os profissionais que coordenam o grupo, através de um matriciamento contínuo para esclarecer dúvidas e supervisionar o trabalho com os grupos.

No decorrer das discussões de casos, foram sendo trabalhadas, em nível inconsciente grupal, as defesas traduzidas na forma de solicitações de aprofundamento teórico. É claro que num nível grupal profundo podemos nos aproximar de um entendimento do porque estes profissionais traziam estes temas para discussão. Muito provavelmente numa grupal análise poderíamos adentrar em conteúdos emocionais grupais interessantes e profundos e que mostrariam os sentimentos inconscientes destes profissionais frente aos casos trazidos para discussão. Este não era, entretanto, o objetivo maior deste trabalho. O objetivo maior era proporcionar o espaço adequado e continente para verbalização e superação destes conflitos num plano operativo, conforme a técnica dos grupos operativos desenvolvida por Pichon-Rivière (1986). É sempre bom lembrar que não se trata de tratamento psicoterápico, apesar de, às vezes, a distância entre um e outro ficar próxima. Deve, entretanto, o coordenador tomar o cuidado de não misturar as coisas.

Voltando aos pedidos de aprofundamento teórico, eles são necessários, mas não podem ser impeditivos do caminhar do grupo, à medida que o conhecimento que o grupo já detém em função de sua prática cotidiana na USF é suficiente para a realização de inúmeras tarefas, que acabam não sendo realizadas devido aos conflitos intra-psíquicos em nível de trabalho de equipe. Tais defesas atuam como forma de postergar ou evitar a passagem da pré-tarefa à tarefa, impedindo a realização da potência do grupo. Funcionam reafirmando uma expectativa imatura de que as soluções dos problemas exigem soluções externas, que serão dadas por mais conhecimento teórico ou por especialistas detentores de todo o saber. Após o trabalho com este tipo de defesa, foram discutidos projetos de intervenção bastante criativos, como a elaboração de uma proposta de prontuário familiar; a revisão do papel dos ACSs; uma pesquisa e revisão da estratégia de prevenção de câncer de colo uterino; a elaboração de projeto inter-setorial com uma ONG que

acolhe alcoolistas, e a formação de grupos de alcoolistas e familiares nas USF; além de uma proposta de co-gestão da atenção especializada; outra de revisão do matriciamento; e uma nova estratégia de ampliação e fortalecimento dos conselhos locais de saúde. Foi trabalhada a importância da criação de um ambiente protegido para que os “sentimentos ditos negativos”, como medo, fragilidade, inveja, competição, raiva, agressividade, dentre outros, pudessem aparecer, sem retaliações ou uso destrutivo na ambiência profissional. O contato e exposição destes sentimentos no ambiente grupal permite a limpeza do “lixo psíquico” descrita por Osório (2000), que por si só já é terapêutica, e permite o contato com a fragilidade alheia, trazendo a consciência de que todos possuem pontos fracos, o que se traduz em força e potência ainda pouco conhecida e passível de realização.

Outro caso apresentado por uma coordenadora de USF foi a dificuldade de implementar algumas diretrizes do PSF, acompanhado de um pedido de maior apoio matricial. Inicialmente esta solicitação foi criticada pela gestora municipal, presente no grupo, que se sentiu atingida por supostas acusações de “insuficiência de recursos e apoio”. A defesa foi apontar a larga experiência desta coordenadora na Atenção Básica. O grupo discutiu então a importância de se escutar e respeitar a necessidade exposta e evidenciou a coragem desta coordenação de expor suas dificuldades e inseguranças no grupo, contruindo coletivamente um projeto de apoio mais intensivo, que apresentou resultados importantes ao longo de sua implementação.

Outro caso de gestão discutido no grupo foi o da relação das USF com uma entidade filantrópica evangélica, que tem por finalidade a recuperação de jovens e adultos dependentes de drogas, fumo e álcool. A principal dificuldade trazida foi da instituição não atender às normas da ANVISA¹⁶, que regulamentam o funcionamento destes serviços: a precária estrutura física e recursos humanos inadequados para o atendimento proposto, além de questionamentos sobre o papel da USF junto a estes usuários temporários. O Projeto de Intervenção propôs uma roda para problematizar a situação da entidade com os atores envolvidos; evitar uma postura autoritária (de autoridade sanitária ou de educador em saúde) e desenvolver postura de agente facilitador; construir um projeto interinstitucional para melhorar a infra-estrutura; abordar o serviço de forma não tradicional; organizar o atendimento aos usuários, mesmo sem entrar na questão da

¹⁶ Agência Nacional de Vigilância Sanitária

dependência química; estruturar a equipe do PSF para responder a essa demanda de forma à se co-responsabilizar, criar parcerias e ampliar o olhar. No processo de co-construção de projeto intersetorial foi proposto melhorar a estrutura física, com arrecadação de fundos para a reforma, cuja primeira etapa já foi concluída em 2007. Foi negociada a forma de atendimento médico e odontológico na USF, além do oferecimento de trabalho com grupos de dependência química e da construção de um cronograma de ações educativas. Em relação à equipe e coordenação, existe uma avaliação de que houve uma mudança, ainda que discreta, de um olhar fiscalizador para um olhar facilitador, que permitiu a concretização de parcerias e ampliou uma visão da fachada para uma visão mais ampliada da situação.

Também cabe ressaltar mais dois trabalhos desenvolvidos com grupos nas USF, trazidos pelos residentes: Um grupo com pacientes diabéticos, em que os coordenadores conduziram bem a parte biomédica. No entanto, ficaram temerários de “abrir“ para o trabalho com a subjetividade, mesmo diante do desejo dos participantes em dar continuidade ao trabalho de grupo após um ano de encontros com discussão de temas selecionados pela equipe. Ao serem consultados sobre os temas de interesse, os participantes listaram os mesmos temas abordados anteriormente. Isto nos sugeriu, por um lado, o desejo de manutenção dos encontros, indicando ganhos e aquisições e, por outro, o reconhecimento dos limites do trabalho da equipe no desenvolvimento de uma abordagem mais aprofundada dos aspectos emocionais subjacente ao processo de adoecimento e tratamento.

Outro Projeto de Intervenção realizado por um dos residentes abordou a condução de um grupo de cuidadores de pacientes acamados. Do ponto de vista metodológico o grupo foi bem conduzido, garantindo o espaço de convivência e troca de experiências entre os cuidadores, mas por outro lado, sofreu um “boicote inconsciente” da ESF, que se traduziu na não divulgação e, conseqüente, na baixa adesão, revelando-se limitado no trato com a subjetividade da própria ESF, que em algumas ocasiões evidenciou pouca compreensão dos objetivos do grupo, sugerindo que se trabalhassem mais questões mais ligadas aos cuidados corporais com os acamados. No entanto, não pareceu ser esta a demanda do grupo, que a despeito das dificuldades práticas e subjetivas de se afastar do acamado para cuidar-se, quando isto era possível, evidenciava interesse e disposição no

trabalho com as questões emocionais subjacentes a relação cuidador/ pessoa em cuidado. No entanto, alguns integrantes do grupo revelaram maior resistência que outros a este tipo de trabalho com a subjetividade, expondo-se pouco. O fato de que mantiveram sua presença até o fim é um indicador que em algum nível o trabalho intra-psíquico estava sendo realizado, junto com as ofertas teóricas. No entanto, embora todos tivessem teoricamente o mesmo espaço para exporem suas dificuldades e trabalharem suas questões internas, uns evidenciaram maior disponibilidade interna que outros para tal realização. E isto é mesmo esperado. Num grupo sempre há os que desistem e os que persistem, os que evoluem mais rápido e os que vão evoluindo devagar. O grupo é um espaço privilegiado para o aprendizado do respeito às diferenças e ao conhecimento que se baseia na experiência vivida (e absorvida) e não apenas na aquisição de informações. Conhecimento que se transmuta em sabedoria.

Resultados

Esta pesquisa-ação previu a realização de um momento de avaliação, praticamente na metade do processo (Agosto de 2007), em que o grupo pôde discutir sobre o andamento do curso e propor adaptações de acordo com as necessidades levantadas. Além disso, ao final da pesquisa foi realizado outro grupo focal para discutir os resultados gerados a partir da intervenção. Para a interpretação e análise do material levantado nesses dois momentos utilizou-se a metodologia da análise de conteúdo (Minayo, 2000), de modo a evidenciar os resultados e o impacto da pesquisa-ação.

Os principais resultados levantados pelo grupo, os quais também pudemos observar no decorrer dos encontros, apontam para mudanças significativas no modo de entender e lidar com as situações clínicas e de gestão. No texto construído pelos participantes as mudanças “*parecem sutis, porque elas são processuais e gradativas, mas representaram um impacto muito grande*”, na medida em que o grupo pôde ampliar sua capacidade de resolver problemas.

Podemos destacar um processo de intenso amadurecimento do grupo a partir das discussões de caso e ofertas teóricas. Já no momento da avaliação, o grupo aponta que a grupalidade que vieram construindo foi o elemento fundamental para que pudessem se

envolver na discussão dos casos. “Enfatizaram ainda a importância do espaço proporcionado pela pesquisa-ação, enquanto espaço “continente” para acolher as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços, em que se pôde *“colocar na roda aquilo que não se está conseguindo fazer, que é uma coisa que a gente consegue a partir do momento em que está em um lugar seguro, que a gente tem afinidade, confiança”*. Este espaço continente favoreceu a troca de experiências entre os membros do grupo, de modo que as discussões dos casos eram enriquecidas com contribuições de pessoas externas à situação discutida, o que auxiliou no levantamento de outras possibilidades de intervenção: *“tem situação que talvez a gente não enxergue por conta de uma cegueira institucional, então (...) essa escuta, essa troca que a gente faz, renova, abre, amplia o olhar”*. Ao mesmo tempo, além da contribuição do grupo para o caso discutido, as reflexões desencadeadas contribuíram para que cada membro repensasse suas práticas: *“os nossos problemas são parecidos...a maioria dos casos que a gente ouviu, a gente encontra no nosso dia-a-dia, tanto na gestão quanto na clínica. Dá para aproveitar um pouco de cada um, então, é muito interessante esse espaço para manter a motivação do grupo. (...) o mérito dessa metodologia foi conseguir fazer com que através da discussão dos casos, não só quem apresentou os casos se envolvesse emocionalmente e também racionalmente, mas o grupo inteiro também”*.

A proposta desse espaço continente e protegido permitiu que as discussões pudessem se dar de forma não ameaçadora. Segundo o grupo, foi possível experimentar uma forma diferente de lidar com os conflitos: *“a gente tinha uma percepção de uma certa resistência de lidar com o conflito, de trazer o conflito para a roda para ele ser trabalhado (...) o mais comum é as pessoas mostrarem o que está bonitinho, o que está redondinho, o que está dando certo (...) parecia uma competição para ver quem era melhor, e eu percebi que isso tem mudado, que a gente está tendo tranquilidade de expor, porque todo mundo tem dificuldade, por mais experiência que tenha”*. Paulatinamente os conflitos puderam ser explicitados e trabalhados: *“a gente conseguiu trazer casos tensos para cá, ter a coragem de trazer, sabendo que, muitas vezes, iria incomodar (...) ajudou as pessoas a soltarem as defesas em relação a olhar a crítica do outro (...) tem um crescimento muito grande do grupo. Está todo mundo mais à vontade para trabalhar, para ouvir, para falar, para fazer os comentários”*.

Ao centrar-se na tarefa, orquestrada pelo desenrolar das discussões dos casos e pelo lidar produtivo com os conflitos e dificuldades, pôde-se vivenciar a construção de uma grupalidade, o que, em si, podemos considerar como um resultado importante do trabalho. Essa experiência de grupalidade proporcionou a aprendizagem de novas formas de lidar com as potências e limites de cada um e com as próprias inter-relações que se dão no coletivo. Como indica o grupo: *“o curso foi um detonador de um novo jeito da gente lidar um com o outro (...) todo mundo parou para olhar para as coisas que não estão legais e se abriu... conseguimos ver onde a gente não está indo, entender os erros nossos, os erros da equipe, refazer, reconstruir esse caminho”*.

No decorrer dos encontros, o grupo fez reflexões sobre a possibilidade de construção de relações mais democráticas e horizontalizadas, tanto na gestão como na clínica, o que se expressa na seguinte fala: *“esse curso me ajudou a reforçar a idéia de que ou a gente faz permanentemente essa troca, ou então você faz uma gestão burocrática, ditatorial que não muda nada. Porque quem faz a vida da instituição não é a norma, não é a regra, não é a mesa, a cadeira e o estetoscópio, é o jeito que as pessoas caminham e se comportam dentro dessa instituição (...) o bom gestor tem que saber ouvir, sem deixar de colocar o que considera importante para a instituição”*. *“O exercício da autoridade menos autoritária... é um exercício de democracia (...) a gente está avançando em relações mais democráticas”*. Além disso, o grupo evidenciou repercussões concretas nas práticas cotidianas de gestão: *“na última reunião de colegiado foi bem interessante a gente sentando para pensar o ano que vem, dando propostas, eu senti as pessoas muito participativas e algumas propostas que saíram que eu achei muito legais, que é a questão da gente mesmo fazer a gestão dos RHs das Unidades e dos carros de visita, a gente está se apropriando mais de certas coisas (...) Acho que esse grupo mudou bastante a nossa forma de relação, principalmente, no colegiado, nas reuniões (...) alguns conflitos apareceram, mas acho que é importante aparecer, é sinal de que a gente está se colocando (...) eu acho que a gente está conseguindo resolver isso, está bem interessante”*.

Podemos observar uma ampliação do foco das discussões entre profissionais e gestores, que antes centrava-se na análise dos indicadores de avaliação e em resultados concretos e, a partir do desenrolar do curso, passa a abarcar as discussões sobre o

processo de trabalho em equipe, seja ele de gestão propriamente dito ou da produção do cuidado: *“a gente discutia muito o perfil, os indicadores, os resultados, mas essa coisa do processo de trabalho, a gente ainda não conseguia colocar de uma forma mais sistematizada (...) agora as pessoas já estão querendo fazer uma roda de discussão do trabalho, das dificuldades, das expectativas (...) as reuniões deixaram de ser só administrativas, hoje a gente discute os projetos terapêuticos das famílias e pacientes que cada um traz. Até o acolhimento da própria equipe (...) têm profissionais com problemas familiares, de drogas, então, a gente faz isso com a própria equipe, aprendi a ser mais amena, descentralizadora. E percebi que isso fazia bem”*.

A partir das discussões de caso e das intervenções concretas, o grupo pôde experimentar a ampliação do olhar e da escuta para a dimensão da subjetividade, o que incrementou e potencializou as práticas clínicas: *“entrar em contato com as questões subjetivas que os casos trazem para a gente foi um salto (...) uma coisa que a gente conquistou e se a gente exercitar não tem como voltar... nós amadurecemos muito e estamos discutindo as coisas de uma forma menos simplista, enxergando as coisas de uma forma mais guiada, entendendo as questões subjetivas (...). Fazer uma escuta qualificada, questionar o pré-conceito (...), isso foi uma evolução muito grande”*. As discussões também remeteram o grupo à importância do manejo na relação com o usuário, e como o investimento nessa relação deve ser tomado como objeto de trabalho: *“quando a gente começa a relação com o paciente, isso também é um determinante, tanto para prolongar como para tentar resolver... os casos mostraram muito isso... como a relação é importante na determinação do processo saúde-doença... a gente investiu na relação e conseguiu várias coisas em um caso que estava há muitos anos na Unidade e não se tinha uma solução. De repente, você investiu naquilo e conseguiu”*. Ainda, o grupo refletiu sobre a necessidade de organizar as ofertas do serviço de acordo com as necessidades dos usuários e da população, destacando a importância do trabalho centrado nos projetos terapêuticos: *“a gente foca muito a questão da organização do serviço e, às vezes, não pára para flexibilizar isso de acordo com o tipo de paciente... Acho que as nossas discussões mostraram isso, que dá para a gente tentar fazer outras coisas, não só o que a gente já está acostumado a fazer”*.

Os pólos da impotência e da onipotência foram temas que permearam grande parte das discussões, já que muitos dos casos trazidos eram de extrema complexidade: “*é muito frustrante não dar conta, mas hoje posso falar assim: ‘Não, isso eu não vou conseguir mudar!’ Tem determinadas coisas, posicionamento de pessoas, coisas que você investe... as pessoas vão melhorar, lógico, mas tem coisas que não vão ser diferentes e a gente tem que aprender a lidar com isso e não parar, ou estacionar, ou se frustrar*”. Por outro lado, “*às vezes, a gente acha que já fez tudo, eu acho que os casos trouxeram muito isso: ‘ Não, eu já fiz!’ e depois falar: ‘Realmente eu não fiz tanto assim!’... É para a gente parar para olhar que a gente não é perfeito*”. O grupo pôde se questionar a respeito dos próprios posicionamentos: “*quem está em um lugar de coordenação ou gestão tem muito isso, eu tenho que esticar a corda para levar a minha equipe até onde? Até onde isso motiva, estimula, cresce e até onde sofre, massacra, cobra coisas que a pessoa ao invés de se sentir capaz, potente, se sente infeliz...*” “*E essa eterna questão existencial eu acho que não é do profissional de saúde, não é do gestor, é da vida da gente mesmo, você lidar com potência e impotência o tempo inteiro. Do que eu sou capaz, até onde eu posso ir?*”.

Outro efeito da intervenção foi uma intensa mudança de posicionamento especialmente por parte de alguns membros do grupo, entre os quais destacamos a fala de uma profissional que conseguiu enxergar outras possibilidades para um caso que ela tinha como insolúvel: “*quando eu apresentei o meu caso não foi muito fácil para mim, eu lembro que no final alguém me falou: ‘Você ficou irritada, né?’. Porque mexe com a gente, você acha que está fazendo o máximo, que você já tentou de tudo e não é fácil ouvir as pessoas perguntando ‘por que você não tentou isso ou aquilo, porque não mexeu aqui ou ali?’ Mas aí depois eu consegui sossegar o ânimo, imprimir toda a transcrição e fui ler tudo o que foi falado. Eu tive que digerir isso para aceitar as propostas que tinham lá. E, de fato, eu vi que tinham coisas que davam para fazer*”. Outro exemplo é uma coordenadora que reviu sua postura autoritária: “*Para mim foi aprender a dividir, porque eu sou autoritária! E então as pessoas traziam os casos e eu já resolvia o que ia fazer. Hoje não, a gente senta, discute, trabalha o vínculo e as pessoas falam, ajudam nos projetos terapêuticos... Eu carregava muito para mim*”.

Além disso, o grupo indica que se processaram mudanças também em relação aos próprios objetos de investimento: *“aumentou o tesão pela saúde mental e o envolvimento da equipe e das agentes comunitárias a ponto de em janeiro elas irem para o Caps fazer oficina de tapete a pedido dos próprios pacientes de saúde mental. Agora eles estão fazendo pintura e a gente está fazendo bazar com a produção deles. Isso, para mim, é o tesão atual”*. *“Para mim, tem sido interessante trabalhar com gestão, porque eu sempre gostei de trabalhar na ponta, fazer clínica e, participando do curso o ano inteiro, a gente começa a entender um pouco mais de gestão, de organização de serviço, de equipe e me despertou interesse por essa parte do trabalho em saúde que eu não conhecia muito e não tinha muito interesse em conhecer (...) fazer reunião de equipe (...) trabalhar com grupo...”*.

Além do processo intragrupo, os resultados puderam se estender também para as equipes que estavam vinculados os participantes, na medida em que o aumento da capacidade de análise e intervenção foi exercitada com os pares no cotidiano: *“isso se reflete no processo de trabalho com as pessoas, na relação com as pessoas, eu acho particularmente que esse foi o ponto alto para a gente (...) a gente levou muito para a equipe, eu sinto a equipe diferente hoje na forma de colocar os problemas e as críticas. É um amadurecimento que nos extrapola, eu tenho sentido uma mudança gradativa na equipe”*. Além disso, o grupo foi um catalizador de outros processos grupais, para além do curso/intervenção: *“a gente está o tempo inteiro tentando formar uma equipe de gestão da Secretaria, com responsabilidades diferentes, uma equipe de gestão do nível central, do grupo de apoio, dos coordenadores, eu acho que nesse ano a gente costurou um pouquinho mais essa colcha, evoluiu um pouquinho mais nesse processo que é super difícil, conflituoso, às vezes sofrido”*.

Por fim, outro importante fruto do processo de intervenção foi a adoção do formato de discussão de casos e ofertas teóricas em dois cursos de capacitação para os profissionais de saúde, propostos pela Secretaria de Saúde de Amparo para o ano em curso, o que legitima as potencialidades da metodologia que viemos descrevendo neste texto: *“essa metodologia de apresentar o caso, de fazer a proposta do projeto terapêutico, do grupo inteiro contribuir e depois dar o retorno, com o olhar de vocês de fora, eu acho que foi uma coisa muito interessante... o fato da própria Secretaria pensar*

em reproduzir essa metodologia para as pessoas que fazem o cuidado mostra o quanto esse pensar na questão das relações está acontecendo”.

Finalmente cabe destacar que o próprio Coordenador do Curso de Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde e autor do Método da Roda aprovou a metodologia e propôs que os próximos cursos, a partir deste, possam utilizar este Método, em função dos resultados satisfatórios alcançados.

Conclusão:

Concluimos que há potência no Método da Roda (Paidéia) para promover maior efetividade na construção de novas práticas em saúde e implementar novas ferramentas de gestão do trabalho em saúde. E também para apoiar mudanças nos objetos de investimento e de trabalho das ESF, nas relações de poderes e resolução de conflitos e capacitar para a elaboração de PTS individuais, familiares, coletivos e intersetoriais, de modo a reorganizar o processo de trabalho.

As Espirais D’Ascese constituem-se no incremento do Método da Roda pela incorporação da experiência de Balint, cujo trabalho contribui na identificação de fatores de ordem emocional, subjacentes ao processo de adoecimento e a cura. Ajuda a identificar sentimentos presentes nas relações dos pacientes com os profissionais e vice-versa e, com isto, auxilia a co-construção de Projetos Terapêuticos. A identificação dos sentimentos transferenciais e contra-transferenciais ajuda a promover mudanças, mesmo que parciais, na personalidade dos profissionais e na relação do profissional com a pessoa em cuidado.

A potência do Método também pode ser incrementada através da utilização da psicologia dos grupos, que desnuda o jogo de inter-relações nas famílias, equipes e nos grupos. Ajuda a identificar os sentimentos presentes no inconsciente grupal, que estão obstaculizando um bom relacionamento e/ou a realização de tarefas, e capacita o grupo para identificá-los, acolhê-los e transmutá-los. Seu estudo é de fundamental importância para a co-gestão de coletivos e ampliação da clínica, pois facilita a compreensão do material “inconsciente”, ajudando na administração dos conflitos e construção conjunta de soluções criativas e empoderamento grupal.

Bibliografia

AMPARO, Secretaria Municipal de Saúde. www.amparo.sp.gov.br. 2007.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo: Ed. Atheneu. 1984.

BAUMAN, Z. Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2004.

BION, W.R. Experiências com grupos. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1975.

BOÉTIE, E. de la. O discurso da servidão voluntária. São Paulo: Editora Brasiliense. 1982.

CAMPOS, G.W.de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos (org). Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec. 2003.

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Ed. Hucitec. 2000.

CORTESÃO, E.L. Grupanálise. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa. 1989.

FOULKES, S.H. Group psychotherapy: the psychoanalytic approach, Harmondsworth Middlex: Penguin Books. 1971.

FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1976.

GUATARRI, F. Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones. Buenos Aires: Siglo XXI. 1976.

IBGE – 2006.

LAPLANCHE & PONTALIS. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Ed. Martins Fontes. 1992.

LOURAU, R. A análise institucional. Petrópolis: Ed. Vozes. 1995.

MELLO FILHO, J. de. Vinte e cinco anos de experiência com pacientes somáticos. In: Zimerman (org). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Ed. Artmed. 1999.

_____. de. Concepção psicossomática: uma visão atual. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro. 1979.

MINAYO, M.C.de S. O desafio do conhecimento. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco. 2000.

OLIVEIRA JUNIOR, J.F. O Grupo como uma matriz familiar: de Foulkes, Cortesão aos dias atuais. Trabalho apresentado no XII Congresso Luso-Brasileiro de Psicoterapia de Grupo e Grupanálise, Lisboa-Portugal. 2005.

_____. Grupo de reflexão no Brasil. Taubaté: Cabral Livraria e Editora Universitária. 2003.

_____. Níveis de experiência e interpretação em grupanálise: um estudo das idéias de Cortesão. Campinas, 2000. (Tese de Doutorado – FCM/ Unicamp).

OSÓRIO, L.C. Grupos, teorias e práticas. Porto Alegre: Ed. Artmed. 2000.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Editora Martins Fontes. 1986.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Ed. Cortez. 1988.

ZIMERMAN, D.E. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Ed. Artmed. 2000.

Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde

Ivan Batista Coelho

O que é um modelo?

Os debates em torno da idéia de modelo são antigos. Provavelmente já estavam no cerne da discussão de Platão¹ com os Sofistas. Qual a melhor referência para orientar nossas ações ou nosso aprendizado? As descrições de antigas ações exitosas em assuntos correlatos ao que estamos tentando fazer ou aprender, como queriam os poetas e os sofistas, ou apreender os modelos, essências ou as formas inteligíveis dos objetos com os quais estamos trabalhando? A construção teórica de objetos de conhecimento, os objetos ideais - as formas inteligíveis de Platão² -, que tinham como inspiração a matemática e a geometria, e que o mesmo queria estender a todos os campos do saber humano não permitia prescindir dos objetos reais ou dos fatos concretos, mas supunha que a utilização destes construtos mentais, ou modelos, como referência para nosso aprendizado e nossas ações seria mais efetiva que as imagens oferecidas pelos poetas ou contadores de histórias. Assim como os quadrados, cubos, círculos, esferas e outras figuras geométricas, funcionam como modelos ou referências de cálculo para a confecção de ferramentas, casas, etc. modelos similares, segundo Platão, também devem ser usados para pensarmos a cidade, o comportamento humano e demais coisas. Seguindo seu raciocínio uma cidade ideal – ou ideada, esquematizada ou pensada, segundo alguns – seria uma melhor referência para orientar nossas ações do que as cidades existentes com suas imperfeições, contradições e problemas. A $\square\square\square\square\square\square$ (teoria) é o que nos permite lidar com estes modelos. Da comparação entre uma cidade ideal e uma dada cidade concreta resultariam diferenças entre uma e outra. O governante ou gestor poderia, a partir de das diferenças constatadas entre uma e outra gerar um programa de trabalho no sentido de aproximar a cidade concreta da cidade ideal. Dito de outra forma, a diferença entre o ideal e o real corresponde ao que devemos fazer.

Este debate de Platão vai continuar com seu discípulo Aristóteles³, que julgava que a doutrina das idéias, ou das essências inteligíveis, ou dos universais não era passível de ser estendida a todos os campos do conhecimento e da ação, que existiam fatos ou situações que eram singulares e por isto não eram passíveis de serem universalizadas ou de ser enquadrados em modelos. Além do mais acreditava que “...não se deve querer a mesma precisão em todos os raciocínios (mas) ... buscar a precisão, em cada gênero de coisas, até o ponto que o assunto permite... É insensato aceitar um raciocínio apenas provável de um matemático e exigir demonstrações científicas de um retórico”. Desta forma, enquanto em sua *República* Platão vai construir uma cidade ideal que todos deveríamos ter como referência para agirmos em nossas próprias cidades, Aristóteles vai propor que nos inspiremos em cidades concretas e conhecidas⁴, bem governadas, onde a vida é boa, para orientar nossas ações frente a um problema a resolver. Para as leis ou a constituição de nossa cidade, enquanto Platão vai sugerir que ela devesse seguir um modelo racional, inteligível, Aristóteles vai propor que nos inspiremos nas melhores constituições existentes, para adequar ou construir a nossa própria constituição. Para ele, em muitas circunstâncias quem deveria nos orientar não seria uma $\square\square\square\square\square\square$, mas a $\square\square\square\square\square\square\square$ (phrônesis), frequentemente traduzida por prudência e que corresponde a uma espécie de sabedoria prática, adquirida pela vivência e pela observação do que ocorre à nossa volta.

Afinal, qual é mesmo a moral desta história? O que devemos fazer, utilizar modelos teóricos ou nos inspirarmos em experiências concretas à nossa volta para orientar nossas ações frente a problemas que queremos equacionar? De uma certa forma, esta questão também está posta para gestores e também para os membros de uma equipe de saúde da família. Qual a melhor alternativa, basear-se em modelos ou fórmulas de bom funcionamento de um sistema de saúde, no caso dos gestores, ou do que seria uma boa organização do trabalho de uma equipe ou inspirar-se em sistemas e equipes já existentes e que mostram bom desempenho? Bem, este autor considera que ambas são alternativas passíveis de serem utilizadas e podem nos ajudar dependendo da situação em que nos encontremos. O grande problema com os modelos teóricos é erigi-los à categoria de verdades eternas ou incontestáveis. É querer transformá-los no argumento que acaba com o diálogo ou no parâmetro final pelo qual o sistema de saúde ou o trabalho de uma

equipe concreta é avaliado. Por seu turno, inspirar-se no que está sendo feito em um determinado lugar para lidar com um determinado problema pode nos levar a equívocos em função de que este problema neste lugar determinado se reveste de um contexto específico que não é o mesmo no qual estamos vivendo. Aqui, adotando o procedimento de simplesmente transplantar uma experiência que obteve sucesso em um determinado contexto para outro local, corremos o risco de que este sucesso não se repita. Porém, se considerarmos ambas as alternativas como construtos humanos, contextuais, históricos ou apenas como mais um recorte possível entre os muitos, certamente poderão contribuir para a nossa compreensão de diferentes situações e orientar nossas ações.

A utilização de modelos teóricos como referência é comum em vários campos do conhecimento. Assim temos modelos matemáticos, modelos econômicos, uma multiplicidade de modelos teóricos na física e na química, etc. A utilização de modelos nas ciências da saúde e na medicina é muito freqüente. Mesmo na pesquisa experimental em saúde temos a construção de modelos vivos, como as doenças ou mutações genéticas que são produzidas em animais para o estudo de alguns dos nossos problemas de saúde e até mesmo de nossos comportamentos. Por seu turno, observar uma equipe de saúde concreta, que funciona adequadamente e que trabalha ao lado, ou o sistema de saúde de uma cidade vizinha que é tido em bom conceito pode ser tão esclarecedor para um profissional da saúde ou um gestor quanto um bem elaborado modelo teórico.

Na saúde coletiva, o uso de modelos é muito comum. Sua construção se dá das mais variadas formas. Uma das mais comuns é a análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por algumas variáveis ou categorias de análise. Da aplicação destas categorias de análise aos sistemas de saúde resulta uma certa tipologia de sistemas, que podem ser comparados entre si. Campos (1992) considerava que "... é possível a identificação concreta de diferentes modos ou formas de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros materiais e de força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social".

Nossa abordagem da questão de modelos assistenciais em saúde adotará esta vertente. A de examinar sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes localidades e, a partir daí compor uma tipologia que permita examiná-los e compará-los. Para a compreensão dos modelos assistenciais, lançaremos mão não apenas dos arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, mas também dos paradigmas científicos ou pensamentos que estão por trás destes modelos. No início do Século XX o médico polonês Ludwik Fleck criou a idéia de “pensamento coletivo” ou estilos de pensamento. Esta idéia consistia em identificar o conjunto de conceitos, princípios e teorias que davam suporte a um determinado modo de ver os problemas. Através deste conjunto de conceitos procurava explicar como as diferentes teorias ou procedimentos médicos encontravam suporte, justificativa e racionalidade na sua aplicação. Mais tarde Thomas Kuhn (1962) ampliou consideravelmente esta visão criando o conceito de paradigma científico. Um conjunto de teorias, princípios, argumentos que se sustentavam reciprocamente. Em sua concepção, uma comunidade científica produzia hipóteses, idéias, explicações e sugeriam práticas tendo como referencia este conjunto de princípios e teorias que se sustentavam reciprocamente. Vez por outra um paradigma dominante ou hegemônico é substituído por outro que se mostra mais eficiente, explicando problemas e propiciando abordagens que, em geral são capazes de resolver a maioria dos problemas resolvidos pelo paradigma anterior, além de propiciar a solução de novos problemas.

Atualmente o termo paradigma tem múltiplos usos. Seus usos, além dos anteriormente mencionados, se prestam a denotar conjuntos distintos de teorias explicativas sobre um mesmo problema. A título de exemplo não é incomum ouvirmos que determinadas explicações dos processos de saúde e doença pertencem ao paradigma biomédico, que outras explicações deste mesmo processo pertencem ao paradigma social. Não é incomum que o termo paradigma seja utilizado até mesmo como sinônimo de campo de conhecimento. Neste texto utilizaremos paradigma para expressar tanto o conjunto de teorias, conceitos e idéias científicas que dão suporte a determinadas práticas ou visões da saúde como para denotar diferentes campos de visões de um mesmo assunto. Assim a mudança do paradigma miasmático que procurava a causa das doenças em emanções, humores e vapores foi substituído no século XIX pelo paradigma infeccioso, que procurava nas bactérias e agentes infecciosos as causas das doenças ocorreu dentro

de um mesmo campo de práticas, o campo biomédico. Porém, em uma mesma época diferentes campos de práticas podem ter distintos conjuntos explicativos para o mesmo processo de adoecer, como é o caso dos paradigmas biomédico e social atualmente.

Modelos Assistenciais em Saúde

Você já deve ter ouvido inúmeras vezes expressões como “modelo médico-cêntrico”, “hospitalo-cêntrico”, “sanitarismo campanhista” entre outras. É bem possível que tenha presenciado, em algum debate, o expositor se referir a determinadas corporações da saúde como tendo uma visão “biológica e reducionista” do ser humano ou que determinada forma de organizar e prover os serviços de saúde tem um caráter “liberal privatista”. Não é improvável, por outro lado, que, vez por outra, tenha escutado alguém dizer que estas expressões são típicas de alguns “esquerdistas ociosos” que não atendem diretamente as pessoas e que “militam” nas esferas “burocráticas” ou políticas do sistema de saúde. Pode até ser que alguém já tenha se dirigido a você perguntando: afinal de contas, você é um médico, enfermeira, odontólogo ou psicólogo de verdade ou é um destes sanitaristas que andam por aí tergiversando sobre tudo em geral e que não entendem de nada em particular?

Vamos tentar colocar as questões em outro plano. O fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir, bem como **o trabalho das diversas corporações** de trabalhadores **e sua valoração social** se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los. Durante praticamente todo o Século XX o **Hospital** e seu quadro **médico** ocupou uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do ocidente. Falar de sistema de saúde se restringia, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais. Mas isto não foi sempre assim. O Hospital nem sempre foi lugar de doentes e, até mesmo a associação entre médicos e hospitais é fato relativamente recente na história dos hospitais.

O hospital, como o conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos, como Steudler (1974), Rosen (1980) e Antunes (1991) uma criação da cristandade da alta idade média. Etimologicamente, a palavra vem do latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), ou *hospes*, hóspedes ou convidados. Inicialmente, ficava próximo às igrejas e recebia todo tipo de pessoa que necessitasse alguma ajuda. Não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos, vagabundos, órfãos, idosos, etc. Os relatos históricos datam o surgimento destas organizações a partir do final do Século IV e início do V d.C. Ao longo de toda a idade média, estes estabelecimentos foram se multiplicando, diferenciando e assumindo finalidades distintas, entre as quais merece destaque os *nosocomia*, que eram hospitais ou enfermarias que prestavam assistência aos doentes ou enfermos. Porém, esta assistência não tinha como objetivo, mesmo se tratando de doentes, a cura de seus males, mas, principalmente, a salvação de suas almas. Pode-se dizer que o hospital da idade média foi menos um estabelecimento sanitário do que um *locus religiosus*, e sua missão, uma *pia causa*, a de assistir aos pobres estivessem eles enfermos ou não. Funcionavam com pouca ou nenhuma presença de médicos, e, ainda não se constituíam em uma preocupação importante do Estado.

Entre os Séculos XVIII e primeira metade do Século XIX, segundo Foucault (1980) os hospitais, além de progressivamente saírem da gestão da igreja passando a ser gerido pelo Estado, vão se tornar progressivamente local de doentes e dos médicos, para lá atraídos, pela possibilidade de estudar e melhorar sua prática clínica. O fato é que o hospital tornou-se uma via paralela de ensino cada vez mais importante e legitimada, e também um local de trabalho insubstituível para a elite médica. À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas médicos passa a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas aulas de anatomia das salas das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias à cabeceira do doente internado. Seja em função do ensino, seja em função do trabalho, o médico passou a ligar-se em maior escala ao hospital. Esta articulação recém iniciada entre médicos e hospital vai mudar profundamente a vida dos dois. No hospital, a saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto para os médicos, a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passa a ver o indivíduo no

hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade, que Foucault tão bem descreve no Nascimento da Clínica.

No início da segunda metade do Século XIX a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática como explicação para o adoecimento, operando uma brutal mudança de paradigma. As doenças não mais tinham como explicações os vapores, humores, emanções, mas sim bactérias – animálculos, como queriam alguns - agentes infecciosos, contando com uma nova forma de abordagem. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e as práticas médicas. Contágio, período de incubação, mecanismos de transmissão, hospedeiro, agente infeccioso, reservatório, etc., passaram a fazer parte do novo vocabulário médico. Para dar suporte à prática médica faz-se necessário um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria, e, progressivamente, aferir outros problemas, o laboratório. O médico já não depende apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio. O laboratório passa a fazer parte de sua vida e é instalado predominantemente nos hospitais. Já tendo se unido com os médicos, o hospital incorpora um novo parceiro que vem para ficar, o laboratório.

Se esta associação entre **médicos e hospitais**, com seu novo paradigma **científico** e o uso de métodos assépticos e anti-sépticos permitiu reduzir drasticamente as mortes por infecções, suas inconveniências não tardaram a se manifestar. Na fase miasmática, os médicos já haviam feito uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Na teoria de Pasteur são as bactérias ou agentes infecciosos as causas destas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procura suas causas. A história natural da doença é dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças pára de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. O combate à pobreza dá lugar à procura de estratégias que aborem a transmissão, o contágio, a infecção, etc.. Muitos anos vão ser necessários até que se volte novamente a associar as doenças à pobreza ou a formas de organização da sociedade. Nas anamneses de médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde este fenômeno mostra sua face até hoje. Basta observar o diminuto tamanho da história social dos usuários, quando presentes!

Do final do Século XIX à primeira metade do Século XX o hospital vai progressivamente se tornando uma organização complexa. Já havia incorporado o laboratório de bacteriologia, o bloco cirúrgico, as técnicas de assepsia e anti-sepsia e, na passagem do Século XIX para o Século XX incorporou os Raios X e a patologia clínica. Estes e vários outros setores foram, paralelamente aos avanços da ciência, se sofisticando. Assim, o hospital, que anteriormente se constituiu como lugar onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública, passou a ser considerado lugar onde se procura a cura para as doenças. Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o restabelecimento da saúde do corpo. Uma das mais importantes conseqüências é que pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. Para ele acorriam também os ricos a procurar tratamentos para os seus males. Passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos. Esse período da evolução dos hospitais coincide também, segundo Steudler (1974) e Freidson (1984), com o reconhecimento de direito e de fato da medicina como *profissão*. Isto equivale a dizer que a medicina tornou-se uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de auto-regulamentação. E esta associação entre **hospital, medicina** e uma determinada **visão científica** - no caso em questão a biologia - vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do Século XX. Quando Países, associações e organizações vão enfrentar problemas sanitários ou construir sistemas de saúde, a alternativa que se apresenta é esta associação entre médicos, hospitais e medicina científica. Com certeza, não era a única, mas a que prevaleceu com maior freqüência. Provavelmente, a esta altura as expressões como “hospitalo-cêntrico”, “médico-cêntrico” e “visão biológica e reducionista” já fazem mais sentido.

Embora os hospitais, os médicos e uma certa visão de ciência que dava maior ênfase aos fenômenos biológicos para orientar as práticas nos sistemas de saúde - que tinham por objeto o enfrentamento das doenças - fosse comum a praticamente todos os países do ocidente, incluindo os países socialistas, as formas de organizar estes serviços e ofertá-los à população variou amplamente desde o início do Século XX. Enquanto nos países socialistas e também na maioria dos países europeus organizaram-se os **Sistemas**

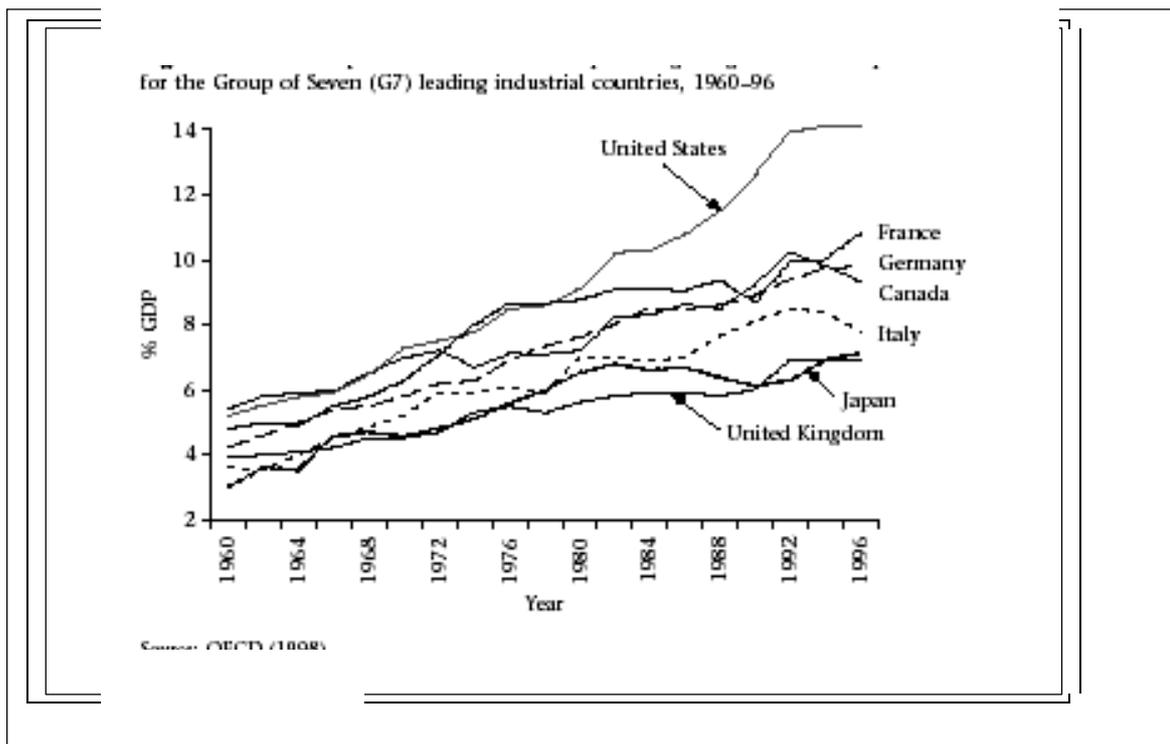
Nacionais Públicos de Saúde, nos Estados Unidos da América e alguns outros países desenvolveu-se o que vem sendo chamado por alguns autores de **Modelo Liberal Privatista**. Embora esta tipologia seja muito genérica e abarque grandes diferenças entre os países ou sistemas que são contados sob seus respectivos rótulos, um conjunto de características predominantes em cada uma pode nos orientar na análise comparativa dos sistemas de saúde. Em linhas gerais poderíamos dizer que o que caracteriza os sistemas nacionais públicos de saúde é seu caráter de acesso universal, fortemente regulado e financiado pelo aparato estatal, com serviços ofertados ao conjunto da população diretamente pelo estado ou através da compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. No Modelo Liberal Privatista a população compra os serviços de saúde diretamente dos prestadores, através de diferentes tipos de associações que vão desde o mutualismo até empresas que mediam a relação entre os usuários e os serviços, que em geral, se colocam como prestadores privados de assistência à saúde.

Segundo Graça (2000), no pós-guerra, a extensão da proteção social e, conseqüentemente da assistência à saúde a toda a população, que ocorreu, em diferentes graus de intensidade, na maioria dos países se deu tendo como objetivo principal disponibilizar médicos e hospitais para a população. Isto fez com que houvesse um grande aumento da procura a serviços hospitalares. Em decorrência deste fato, ocorreu até a década de 60, um grande aumento do número de hospitais, de leitos hospitalares, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados, em praticamente todos os países da Europa e também da América do Norte. Assim, em quase todos os países do ocidente, em períodos que se diferenciaram em alguns anos, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente, a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços, porém, com grande aumento do acesso a médicos e à hospitalização.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a associação, entre um alargamento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito à saúde como política da maioria dos países ocidentais por um lado, e o aumento dos custos decorrente de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente por outro, resultou em um expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos

anos, o que, de alguma forma, ainda repercute até o presente. O quadro a seguir (extraído de Mckee, 2002, p.50) evidencia o crescimento dos gastos em relação aos percentuais dos produtos internos brutos de diversos países (PIBs) e dá uma idéia do impacto econômico desta forma de assistência à saúde que, como havíamos mencionado anteriormente, tinha os hospitais e a medicina especializada como centro dos sistemas de saúde. No entanto, essa ampliação nos gastos não se fez acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde. Um extenso número de pesquisas e estudos começou a mostrar a ausência de correlação entre níveis e indicadores de saúde em cada país, e o gasto em saúde, seja em termos de gasto *percapita* ou de percentuais do PIB, o que também continua prevalecendo até nossos dias.

Gasto total em saúde em relação aos percentuais dos produtos internos brutos dos sete países mais desenvolvidos.

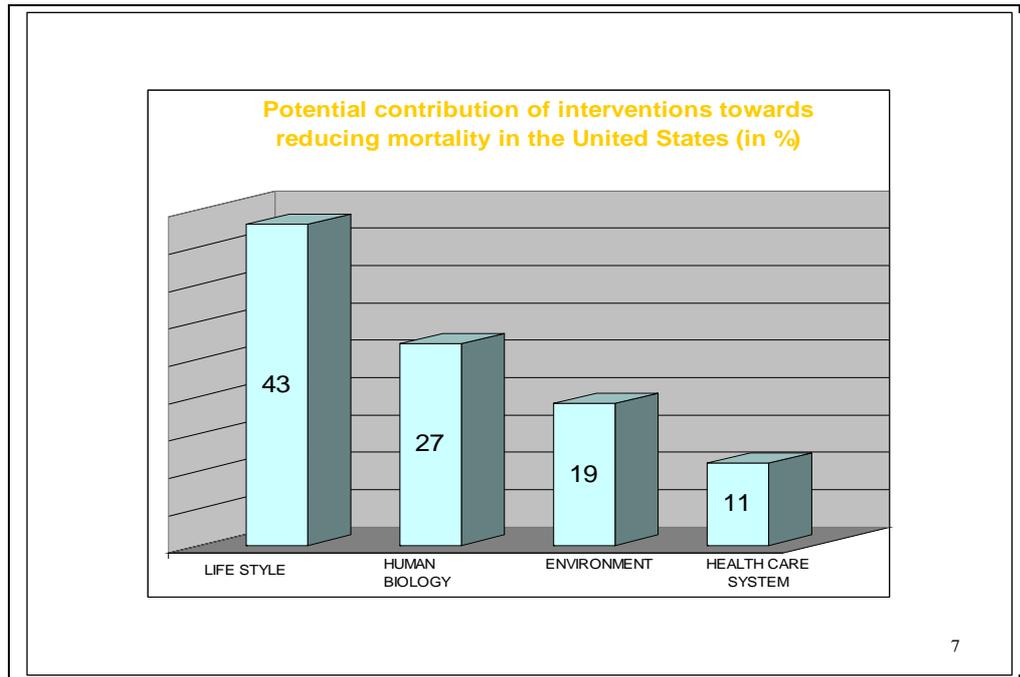


Fonte: Mckee, 2002, In: Hospitals in a changing Europe - p.50

Neste contexto, a importância e a legitimidade do hospital, com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica começaram a serem questionados em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. A permanente incorporação de novas tecnologias no interior do hospital, bem como a especialização e equipamento-dependência das práticas médicas tornaram-se uma indústria em si mesmas, sem que se notasse igualmente seus efeitos práticos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de tecnificação começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo de antibióticos, psico-fármacos, o excesso de exames complementares, alguns dos quais de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levou autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogenese e questionar a eficácia desta medicina tecnicista e hospitalocêntrica.

Devers (1976), produziu, a partir de vários estudos, um modelo para a análise de políticas de saúde que tinha como suporte a epidemiologia. Questionável sob vários aspectos, este modelo tornou-se emblemático, pois permitia mensurar, em países industrializados, os impactos de várias modalidades de intervenção em saúde e sua potência relativa em termos de aumento da sobrevivência da população. A pequena importância relativa do sistema de saúde, até então centrado no hospital e na prática médica convencional, e sua potencial contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos apontava no sentido de um questionamento radical da forma como os serviços de saúde estavam organizados. Os estudos mostravam que de quatro grandes grupos de fatores compostos por: estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde, o que tinha menor contribuição em termos de aumentar os anos potenciais de vida era o sistema de saúde, sugerindo que maiores investimentos fossem feitos em outros campos. Os pesos relativos de cada um desses fatores, em relação aos Estados Unidos da América se encontram estampados em números que representam percentuais na figura abaixo.

Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos (Estilo de vida, biologia e genética, meio ambiente, sistema de saúde).



Fonte: Adaptado de Devers (1976): An Epidemiological Model for Health Policy Analysis, Soc Ind Res, 1976; Vol 2, p 465.

Em 1978, em Alma-Ata (no Casaquistão), a OMS lança o seu programa *Saúde para todos no ano 2000*, baseado num conceito que não era novo, o de cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século, que implicava em uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde. Este conceito, que procurava dar ênfase na prevenção das doenças e na promoção da saúde, pressupõe ainda a participação comunitária, a inter-setorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária, incluindo aí os médicos generalistas ou a medicina de família.

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reformas dos sistemas de saúde das últimas três décadas no ocidente vêm procurando reorientar os modelos de organização dos serviços bem como suas práticas assistenciais. Alterar o peso

relativo e a forma de inserção do segmento hospitalar no setor saúde foi medida adotada em praticamente todos os processos de reforma sanitária ocorridos nestas últimas décadas. A redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde através da atenção básica esteve presente em quase todas as sugestões para melhoria dos sistemas de saúde nas últimas três décadas.

Obviamente estas não são as únicas razões para as reformas e mudanças nos modelos de organização de serviços que vem se dando nas últimas décadas. É necessário acrescentar a estas considerações o fato, segundo vários autores, como Almeida (1999 e 2002), Viana (2002) e Cohn (2002) entre outros, de ter se iniciado, nestas mesmas décadas uma redução, ou estancamento dos gastos com a proteção social, em vários países, o que trouxe constrangimentos à expansão dos gastos com a saúde. Este movimento, caracterizado pelos autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além da contenção de gastos sociais pela esfera estatal, implicava em investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o funcionamento do *Welfare State*, e conseqüentemente dos sistemas de saúde.

Os modelos assistenciais no Brasil

No Brasil vários movimentos em relação aos hospitais, médicos e sistema de saúde vai se dar seguindo, de forma geral, curso similar ao ocorrido em outros países. No entanto, algumas diferenças de datas e peculiaridades brasileiras merecem ser destacadas. Já no período do império algumas tendências se mostravam evidentes. O aparato estatal se ocupava eminentemente de saneamento de portos, das cidades, do controle de epidemias e endemias, tendo construído poucos hospitais próprios, eminentemente militares, deixando a cargo da filantropia (santas casas de misericórdia) a construção e manutenção de hospitais. A medicina privada e uns poucos hospitais em algumas cidades mais importantes do império somente estavam a disposição das classes mais abastadas.

No início do Século XX o Estado Brasileiro vai ampliar suas ações de cunho higienista voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que assolavam o país, fazendo-o na forma de

campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o rio de Janeiro. Estas campanhas com frequência se faziam de forma autoritária empregando estratégias militares para sua implementação, o que não raro levou a verdadeiros levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX que ficou conhecido como a revolta da vacina. Por este motivo, muitos historiadores da saúde pública têm se referido a esta quadra de nossa história como período do **sanitarismo campanhista**. No campo da assistência hospitalar o aparato estatal vai se especializar apenas em segmentos populacionais que, segundo o pensamento dominante à época, poderiam potencialmente trazer impactos não apenas para os indivíduos em si, mas também para toda a população. Assim, vai se especializar, em termos de assistência hospitalar, em doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental.

Ficará a cargo da filantropia a assistência médica individual aos pobres e ao mercado a assistência dos que podem pagar diretamente, ou através dos diversos arranjos mutualistas, iniciados por sindicatos e comunidades de imigrantes. Desta forma, em relação aos hospitais, temos dois pólos de crescimento, que vão desenvolver-se em paralelo durante um longo período. Um representado pelo aparato estatal, voltado para as doenças infecciosas e a saúde mental, e o outro representado pela filantropia e pelo setor privado. Estes últimos mantidos pela caridade pública ou pela compra direta de serviços pela parcela mais abastada da população, o que era feito através dos incipientes arranjos mutualistas, que no futuro irão se transformar na seguridade social do País e diretamente pelos cidadãos de posses.

Em resumo, pode-se dizer que neste período o crescimento dos hospitais se processou de acordo com as seguintes características: o crescimento dos hospitais da esfera estatal se deu com o nível federal ainda voltado para as grandes endemias e a saúde mental, com os estados e municípios edificando pequenos hospitais voltados para o atendimento de urgências e emergências e, em algumas situações, para o atendimento de seus próprios servidores. Na esfera previdenciária pelo crescimento da rede própria de hospitais dos IAPs, mas, acima de tudo, pelos vários IAPs se constituírem em um potente mercado comprador e financiador, que possibilitou, apesar da precariedade das redes filantrópica e privada existentes, um impulso significativo na expansão destes serviços de

saúde no Brasil. Embora a compra de serviços beneficiasse principalmente a rede filantrópica, já se fazia notar neste período a presença de uma crescente rede com características estritamente privadas de hospitais, como sugere Guimarães (1989). O crescimento dos segmentos filantrópico e privado nesse período já superava o crescimento do setor público. Segundo Santos e Gerschman (2003), em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos. Portanto, o movimento de ampliação do setor privado é anterior à unificação da previdência, que o acentua.

Em 1966, em plena ditadura militar, ocorreu a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) segundo Oliveira e Teixeira (1985). A política de assistência adotada privilegiou de forma mais explícita que nos períodos anteriores a compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades próprias. Este movimento já se faz sentir quando comparamos dados relativos à movimentação do número de hospitais e de leitos hospitalares entre 1962 e 1971. Gonçalves (1977), utilizando dados do IBGE e do cadastro de hospitais do Ministério da Saúde, afirma que o número de hospitais brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1262 novos hospitais em uma década. Porém, em que pese o fato do crescimento do número de hospitais do setor oficial ter sido um pouco maior, o aumento do número de leitos privados foi superior, aumentando a participação relativa deste setor no total de leitos, como demonstra a tabela 1, extraída do mesmo autor.

Já na década de 80, aquele modelo de compra de serviços do setor privado, de utilização excessiva do hospital para o enfrentamento dos problemas da saúde, começa a ser questionado como relatam Almeida (2002), Viana (2002) e Cohn (2002). Um processo que foi caracterizado por Oliveira e Teixeira (1985) e outros pesquisadores como **a crise da previdência brasileira**, que tinha também outros determinantes além dos gastos com a assistência médica, a exemplo do maior aumento proporcional do número de aposentados em relação ao de contribuintes traz consigo a necessidade da revisão da previdência social em todos os seus aspectos, incluindo a saúde. Soma-se a esta situação um movimento de questionamento e descrença quase universal em relação à

capacidade dos hospitais ou dos sistemas de saúde, na forma como se encontravam configurados à época exercerem influência nos níveis de saúde da população, conforme descrito em páginas anteriores. Assim, teve início, paralelamente aos vários projetos precursores do Sistema Único de Saúde - como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), PREV-SAUDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), AIS (Ações Integradas de Saúde), SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência - o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo.

Porém, o discurso e as práticas que colocam em cheque a centralidade do hospital no sistema de saúde também tem acentuado eco na implantação do SUS, que procura ampliar as práticas ambulatoriais. Os dados do IBGE documentam bem este fato ao mostrar que entre 1976 e 1999 a rede de atenção à saúde, pública e privada, apresentou uma extraordinária expansão, com um acréscimo de 35.682 novos estabelecimentos. Destes, 25.841 eram estabelecimentos públicos, 93% dos quais constituíam ampliação da rede ambulatorial, numa clara indicação do início de reversão do modelo de assistência centrado nos hospitais, que predominava até então. A participação percentual dos estabelecimentos de saúde com internação em relação ao número total de estabelecimentos de saúde têm apresentado uma queda sistemática nos últimos anos, a denotar, juntamente com os dados anteriores um aumento progressivo do componente ambulatorial.

Mesmo fornecendo explicações e denominações diferentes das formas de organizar o sistema de saúde há um certo consenso entre vários autores (Vilaça, Silva Júnior, Merry, Campos, Fleury, entre outros) de que o modelo hegemônico de assistência adotado no Brasil centrado na medicina especializada e em hospitais passou, nos finais das décadas de 70 e 80, a exemplo do que ocorreu em outros países, por uma crise que mostra seus efeitos até nossos dias. Atualmente, convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços. Entre os usuários da saúde suplementar poder-se-ia dizer que o formato se aproxima do que vários autores têm chamado de **Modelo Liberal Privatista**. No SUS, concebido como um **Sistema Nacional e Público de Saúde**, convivem práticas que lembram o **sanitarismo campanhista** e, apesar da atenção

primária e urgência serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de maior complexidade são comprados de organizações **privadas** que contam, em sua grande maioria, com profissionais médicos organizados de forma **liberal**. Também no Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo em outros países do ocidente, propostas alternativas a este modelo hegemônico de organização dos serviços vêm sendo desenvolvidas.

Seja no SUS, seja na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado em médicos e hospitais. As dificuldades e limitações do sistema de saúde no seu formato atual têm levado, também aqui no Brasil nas últimas décadas, a um debate permanente entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o nosso sistema de saúde. Vários experimentos com modelos alternativos de organização dos serviços vêm sendo feitos em diversos municípios e estados.

As propostas de modelos alternativos

1 - A medicina comunitária

A proposta de medicina comunitária consolidou-se como alternativa aos modelos hegemônicos de prestação de serviços médicos a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, quando abertamente passou a ser defendida pela Organização Mundial de Saúde e seus órgãos regionais. No entanto, suas raízes remontam ao início do Século XX e seu ideário se encontra no cerne de inúmeras propostas de reformulação de sistemas e práticas em saúde. Também conhecida como modelo centrado nos Cuidados Primários em Saúde foi adotada e re-interpretada - às vezes de forma distorcida, a exemplo dos projetos de medicina simplificada - por uma multiplicidade de programas que visavam ampliar a assistência médica a populações desassistidas (programas de extensão de cobertura, tanto de regiões rurais como urbanas).

Apesar da mudança do paradigma médico iniciado com Pasteur, como mencionado anteriormente, na segunda metade do Século XIX as práticas e o ensino médico se faziam de forma muito heterogênea. Por esta razão, muitos autores tomam como principal marco da Medicina Científica o Relatório Flexner elaborado em 1910, por

Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, que fez uma avaliação da educação médica até então vigente nos Estados Unidos da América e Canadá. Entre os resultados deste relatório constam inúmeras recomendações para a sistematização do ensino médico, entre as quais vale a pena mencionar a ênfase na **pesquisa biológica e na especialização médica** como principais suportes da medicina, procurando superar o caráter empírico das práticas e do ensino médico. Seu corpo de sugestões passou a ser implementado ao longo das décadas subseqüentes e um de seus mais notáveis resultados foi o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas à época.

Como características principais da Medicina Científica implementada na esteira do Relatório Flexner podemos mencionar o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal *lócus* de ação. Os avanços da microbiologia e a identificação de agentes infecciosos em especial deslocaram o eixo de compreensão das doenças como fenômeno social e histórico para a biologia. Mesmo a epidemiologia, que anteriormente considerava as epidemias e endemias como sintomas de desajustes sociais, não ficou imune. As causas destas passaram a serem procuradas nos microscópios e não na forma como as cidades e as classes sociais se encontravam organizadas. O enfoque populacional ou coletivo perdeu um enorme terreno e o indivíduo tornou-se praticamente o único objetivo da prática médica. A especialização com seu objeto de estudo e de práticas cada vez mais reduzido e altamente dependente de equipamentos tinha no hospital, local para onde convergiam as tecnologias, o principal ponto de concentração de diagnósticos e tratamentos.

Do outro lado do Oceano, em 1920, Bertrand Dawson elaborou outro relatório, que criticava em vários aspectos o Relatório Flexner e propunha uma reorganização dos serviços de saúde, a partir de **profissionais generalistas** que seriam responsáveis por implementar ações **tanto curativas quanto preventivas**, com serviços organizados local e regionalmente, por níveis de atenção. Dawson acreditava que o Estado deveria organizar um sistema de saúde para toda a população. Para tal fazia-se necessário que este sistema tivesse ao mesmo tempo qualidade e economicidade, necessitando, pois, adotar algumas racionalidades. Em suas proposições para a estruturação de um bom sistema de saúde dizia que “... *os serviços para as famílias de uma região específica*

*devem possuir como base um **centro primário de saúde**, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, em sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um **centro secundário de saúde** como base ... Os centros secundários de saúde, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis, desfruta das vantagens, das melhores técnicas disponíveis, e, em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários de saúde, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizando-se com o tratamento adotado e apreciando as necessidades do paciente após seu regresso ao lar ... algumas vezes seria recomendável um relacionamento entre os centros secundários de saúde e os **hospitais docentes** ...”.*

È bem possível que estes dois relatórios, o conjunto de forças políticas que se articulavam em torno dos mesmos, e o que foi feito dos mesmos em cada local, sejam responsáveis pelas brutais diferenças de formas de organização de sistemas de saúde que se deram entre os Estados Unidos e os países europeus. Enquanto no primeiro o aparato estatal cuidava essencialmente das ações de saúde coletiva (vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, controle de doenças de impacto coletivo, etc.), deixando a assistência médica a cargo do setor privado e do mutualismo, o Reino Unido e demais países europeus evoluíram no sentido de constituir sistemas públicos universais de saúde. Aqui, entre várias outras características distintivas entre estes dois tipos de organização e serviços – caráter público em contraposição ao privado; saúde como direito de cidadania em contraposição à saúde como mercadoria comprada no mercado; racionalização e ordenamento do sistema em contraposição à sua organização pela lei da oferta e da procura; etc. -, chama a atenção o caráter conferido à atenção primária. Enquanto no

sistema inglês a atenção primária era considerada como um primeiro nível do sistema que deveria resolver 80 ou 90 % dos problemas clínicos, preventivos, etc. na visão americana tratava-se de espaço, que do ponto de vista do poder público, cuidava principalmente de ações com hipotético impacto na coletividade e que correspondiam a programas para hanseniosos, tuberculosos, gestantes, crianças, imunizações, etc. É bem provável que este formato de organização da atenção primária americana, onde as unidades se preocupavam centralmente com os “programas”, negligenciando a abordagem integral dos demais problemas dos cidadãos tenha influenciado profundamente a organização da atenção primária no Brasil e seja um dos fatores históricos que contribuíram para a sua baixa resolutividade clínica, conferindo-lhe o caráter **básico**, com o qual é freqüentemente designada, em contraposição à nível de sistema, que lhe foi conferido por ingleses e europeus de uma forma geral.

As ações programáticas de saúde (APS)

Nas décadas de 70 e 80 configurava-se no Brasil dois grandes campos de práticas em saúde. Um representado pelo sistema previdenciário, que tinha na assistência médica seu principal objetivo, e, o outro, representado pelos aparatos montados pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, pelas secretarias estaduais de saúde e pelas secretarias municipais de saúde, que tinha como principal objetivo a prevenção de doenças, o controle de agravos, o controle de epidemias e endemias. Os centros postos de saúde, como eram conhecidos na maioria dos lugares caracterizavam-se por contar com um profissionais médicos semi-especialistas (clínicos, pediatras e ginecologistas), enfermeiros e outros trabalhadores da saúde que tinham como objetivo principal, até mesmo quando faziam atendimentos individuais, aumentar o nível de saúde ou reduzir ou controlar a carga de doenças nas comunidades. A principal estratégia utilizada para isto consistia na implementação do que tem sido chamado por muitos autores Ações Programáticas de Saúde. Inicialmente voltadas para a atenção a doenças infecto-contagiosas e parasitárias (hanseníase, tuberculose, malária, etc.) foi estendendo-se das mais variadas formas a outros campos e adquirindo outros formatos como programas

voltados para a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idosos, doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Este formato de organização e dispensação de serviços baseado em grupos de riscos ou agravos se mantém como importante estratégia até nossos dias. Mesmo o Programa de Saúde da Família, que vem se expandindo gradativamente no País, tem na implementação de Ações Programáticas de Saúde uma das principais formas de organização do trabalho das equipes.

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

Esta proposta de organização de sistemas de saúde começou a ser elaborada pela OPS em 1986, tendo como pano de fundo, o processo de redemocratização que vinha ocorrendo em praticamente toda a América Latina. No bojo deste processo se encontrava também a reforma dos aparatos estatais. Os SILOS nascem como uma espécie de resposta do setor saúde a estes movimentos. Sua finalidade era aumentar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, promover uma maior equidade no acesso aos serviços. Pensado inicialmente com o intuito de que cada país pudesse fazer os arranjos locais necessários à implementação de uma série de diretrizes, como as delineadas na medicina comunitária, no interior destes países, assumiu características diferenciadas e, muitas vezes foi utilizada como denominação de arranjos locais, em nível de municípios, a exemplo do que se tentou implantar no Brasil, mais especificamente em Bahia.

A receita da Organização Panamericana de Saúde para a implantação dos SILOS pressupunha que o Estado em seu nível nacional retomasse as rédeas do processo centralmente, porém que o conduzisse de forma descentralizada, com a participação efetiva dos entes federativos infra-nacionais. Foi estimulada a participação social, a intersetorialidade, o aumento da capacidade administrativa dos aparatos estatais, a capacitação de pessoal e o maior aporte estatal de recursos financeiros para o setor. Foi preconizada também uma altíssima racionalização do uso das tecnologias em saúde.

Do ponto de vista específico da organização das ações e serviços, preconizava a atenção primária, efetuada por generalistas com o suporte de um sistema articulado em

rede e hierarquicamente organizado, com base territorial, nos moldes do que Dawson preconizava em relação à medicina comunitária.

No caso concreto da implementação desta proposta na Bahia, além dos múltiplos arranjos organizacionais e políticos necessários ao enraizamento da mesma no aparato estatal, procurou-se iniciar o processo de distritalização de todo o Estado (104 distritos para todo o Estado). Nas situações envolvendo pequenos municípios, dois ou vários municípios se juntariam para compor um distrito sanitário, ao passo que um grande município poderia conter vários distritos sanitários. Desta forma, o distrito era concebido como a unidade operacional mínima do sistema de saúde. Um território e uma população definidos onde um sistema seria reorganizado a partir da atenção primária, implementada com as idéias de primeiro nível de sistema que se articularia como outros níveis, unidades de referência (secundária) que por seu turno se articulariam com hospitais mais complexos, garantindo desta forma a integralidade da assistência. Regionalização, hierarquização, participação social, visão alargada do conceito de saúde faziam parte também do ideário da proposta.

Como a maioria das propostas de reforma do sistema de saúde no Brasil, esta também não teve sua sustentação em bases populares. Nascida de um movimento de cidadãos inseridos nos meios universitários ou na burocracia estatal e que se consideravam intelectuais orgânicos de um movimento de reforma sanitária, não se constituiu em uma reforma substantiva do sistema com sustentabilidade popular. Embora existam muitos artigos publicados na literatura em saúde pública que dizem respeito à proposta, a mesma não chegou a ser conhecida pela imensa maioria da população e sequer pelo aparato burocrático estatal. No entanto, juntamente com outras propostas de ideário similar vem influenciando as tentativas de reorganização do sistema de saúde no Brasil.

As Cidades Saudáveis

Também patrocinado pela OMS e seus escritórios regionais, muito provavelmente originado nos departamentos de promoção da saúde, este movimento pela constituição de

idades saudáveis, teve início em Toronto em 1984 e foi mais enfaticamente divulgado nos congressos e encontros da OMS a partir de 1986. Sua intenção era criar uma rede de cidades dispostas a encontrar novas maneiras de fazer com que os seus cidadãos se tornassem cada vez mais saudáveis. O que fazer então para que estas cidades se tornassem mais saudáveis? Seguir a cartilha dos departamentos de promoção da saúde, é claro! Esta cartilha continha, em suas linhas gerais as seguintes diretrizes:

a) Um novo conceito de saúde deveria orientar o conjunto das ações. Saúde não é mais apenas ausência de doença. **Saúde é qualidade de vida.** E o que é qualidade de vida? Bem, isto pode ser definido de forma diferente em cada local. O importante é que as condições para uma vida boa sejam garantidas. Moradia, renda, escola, ambientes saudáveis, etc. O essencial é que para que exista saúde tanto a vida como o ecossistema sejam respeitados.

b) Para que se consiga saúde, com este novo conceito, não apenas o sistema de saúde deve funcionar bem, mas é necessário que o conjunto das **políticas públicas sejam saudáveis ou promovam a saúde.** Leis ambientais, trabalhistas, de uso e ocupação dos espaços públicos e privados, normas, etc. todos devem ser elaborados levando em conta também a saúde dos indivíduos isoladamente e também da coletividade.

c) A sociedade deve ser capaz de se organizar para discutir e deliberar as melhores formas de enfrentar seus problemas seja no âmbito local ou nacional. A **participação social** é item fundamental na mobilização por uma situação onde a saúde seja considerada importante.

d) Neste contexto, cada cidadão deve se envolver pessoalmente para conseguir mais saúde para si mesmo e também para a coletividade. Deve também ampliar os conhecimentos sobre si mesmo, permitindo que se cuide melhor. Um **auto-cuidado** que é importante tanto do ponto de vista de manter-se mais saudável, quanto da capacidade de se haver consigo mesmo quando se encontra com alguma limitação.

e) O conjunto de situações necessárias à uma vida boa não pode ser conseguido isoladamente por um único setor, a saúde no caso em questão. Mas é à ação conjunta e articulada de vários setores, que as condições políticas e

operativas se mostrarão potentes para transformar as realidades desfavoráveis à saúde. É na **ação intersectorial** que a saúde se aproxima de seus objetivos.

f) Por último, mas não menos importante a **reorganização dos serviços de saúde**, nos moldes do que foi preconizado nos SILOS possibilita a constituição de um sistema que teria um maior protagonismo neste extenso leque de ações mencionadas que tem como finalidade a qualidade de vida.

Este movimento se difundiu especialmente para algumas cidades do Canadá e da Europa, cujos prefeitos eram encorajados a ostentar o selo de município saudável. No Brasil, um dos primeiros municípios a adotar a grife foi Curitiba, em sua proposta de **Saudicidade**. Em termos do sistema municipal de saúde, foram organizadas unidades básicas de saúde, que tinham áreas geográficas e populações definidas sob sua responsabilidade, denominadas **áreas de abrangência**, embora a população não fosse adscrita a profissionais específicos. As ações de saúde eram organizadas por programas (saúde da mulher, da criança, hipertensão, diabetes, etc.). As unidades contavam com diversos profissionais, sendo que os da área médica eram semi-especialistas (clínicos, pediatras e ginecologistas), porém, já contavam com agentes de saúde, recrutados entre os moradores das áreas de abrangência das unidades.

Na década de noventa esboçou-se um movimento brasileiro de município saudáveis, que não chegou a ultrapassar duas dúzias de representantes. Do ponto de vista prático, este movimento representou uma expansão significativa da rede básica de serviços nestes municípios. Como as demais reformas, não contava com bases populares e nem alterou significativamente a forma de prestação de serviços especializados e hospitalares. Porém contribuiu e vem contribuindo para uma visão mais alargada do conceito de saúde e do que as autoridades e os cidadãos precisam fazer para melhorar a qualidade de vida.

Em defesa da vida

Esta proposta teve sua origem em Campinas, na Universidade Estadual e foi implementada na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), em Betim (MG) e

alguns outros municípios. Em suas linhas gerais, em termos de organização de serviços e de sua articulação interna, assemelha-se em muito ao que foi preconizado por Dawson no Reino Unido no começo do século XX. Aqui, no entanto, merece atenção a ênfase dada em termos de reformar a atividade clínica, o processo de trabalho do conjunto dos trabalhadores da saúde e a mudança nas relações entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços. Gastão Wagner em sua crítica seja ao formato tradicional de organização dos serviços de saúde - que tinha como centros do sistema o médico e o hospital -, seja em relação às diversas propostas de reforma pautadas pela medicina comunitária, o fato das mesmas não promoverem uma reforma do trabalho médico, como de resto de toda a clínica. Em sua concepção, alterar o formato das organizações de saúde e as inter-relações entre estas organizações sem alterar de forma substantiva o modo fragmentado e desumanizado como o trabalho em saúde vem se dando, seria de pouco impacto.

Para alterar o trabalho da clínica é preciso alargar o seu escopo. A clínica em seu formato atual reduziu seu objeto e vê apenas a doença e seus impactos biológicos. Para alargá-la é necessário que também passe a abarcar os aspectos subjetivos e sociais. Não ter como objeto apenas a doença, mas o doente. Em sua crítica à saúde pública e suas propostas de produção de saúde que negligenciam a doença, Campos vai perguntar: “como produzir saúde para aqueles Sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a esta enfermidade?”. Em sua opinião será preciso construir uma outra alternativa que não passa pela “antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o *silêncio dos órgãos*”. Assim, é necessário rever a medicina, mas também as outras clínicas, de enfermeiros, odontólogos, psicólogos, etc.. É necessário superar o apagamento das outras dimensões do sujeito (existencial, subjetiva e social) operado pela clínica em seu contexto contemporâneo. “Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica”.

Os principais aspectos operativos e filosóficos da clínica ampliada incluem os seguintes pontos:

a) **Equipes de referencia:** A equipe ou profissional de referência são aqueles aos quais se vinculam um certo número de cidadãos ou famílias pelos quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de suas doenças, seja em relação à promoção de sua saúde. Estas equipes podem ter diferentes formatos, que vão desde o formato tradicional das equipes de saúde da família até outros arranjos com diferentes profissionais. Na atenção básica, o leque de profissionais que compõe a equipe deverá ser capaz de dar conta de resolver a maior parte dos problemas clínicos dos usuários a ela vinculados. Equipes de referência podem ser organizadas também em hospitais, policlínicas, unidades de saúde mental, etc. Nesta situação, se encarregariam da condução de casos. Em um centro de apoio psico-social (CAPS), o psiquiatra, a psicóloga e uma assistente social poderiam se constituir na equipe de referência. Em uma unidade de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS esta equipe poderia ser constituída por um infectologista, uma enfermeira e um assistente social. Para as situações onde o conjunto de conhecimentos e instrumentos da equipe de referência não se mostrem suficientes para a solução de um determinado caso deve-se lançar mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de apoio matricial. Utilizar o apoio de especialistas não isenta a equipe de referência de continuar se responsabilizando pela condução e acompanhamento dos casos.

b) **Apoio especializado matricial:** A finalidade do apoio matricial é assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Esta retaguarda pode se referir tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Para o seu bom funcionamento é importante que a construção de diretrizes clínicas e sanitárias se dê de comum acordo entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem

apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. Desta forma, apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

c) **Formação de vínculo** entre usuário e equipe: a clínica em seu formato atual foi degradada pela lógica do pronto-atendimento que possibilitou relações do tipo queixa-conduta, onde não nenhum tipo de relação mais duradoura entre o usuário e o trabalhador da saúde. Para que se altere este quadro é necessário que o trabalhador da saúde se vincule ao usuário em um processo de co-responsabilização pela saúde do mesmo, fazendo-o ao longo do tempo. Esta responsabilização não se dá apenas nos períodos em que o usuário se encontra doente, mas tem também a finalidade de apoiá-lo nos processos de produção da sua própria saúde. Para isto é necessário que o usuário seja adscrito a uma equipe de saúde, que pode ter os mais variados formatos, de acordo com a realidade local.

d) **Responsabilização clínica e sanitária:** uma equipe deve assumir a responsabilidade clínica, mas também sanitária sobre uma determinada população sob sua responsabilidade. As questões ambientais, epidemiológicas e que dizem respeito à população por ela assistida também fazem parte de seu escopo de responsabilidades. Para ser mais preciso, falar-se-ia aqui também em co-responsabilidade, pois os usuários também são responsáveis por estas condições devendo se mobilizar das mais variadas formas para melhorar suas próprias vidas e a dos outros.

e) **Identificação de risco e vulnerabilidade:** Riscos e vulnerabilidades tanto individuais como coletivos deverão ser identificados pela equipe e traçadas diretrizes para sua abordagem. Indivíduos ou coletividades sujeitas à maior probabilidade de danos à sua saúde deverão

receber abordagem diferenciada. Aqui, trabalhar com o conceito de equidade é fundamental. Deverão ser ofertados mais serviços aos que estão sujeitos a mais riscos.

f) **Utilização de múltiplos paradigmas:** O paradigma biomédico é insuficiente, embora necessário, para que os problemas dos usuários sejam abordados em sua complexidade. Assim, lançar mão do que é produzido em outros campos do conhecimento, como as ciências humanas e sociais deverá ser uma rotina no trabalho em saúde. É preciso alargar os campos de conhecimento para dar conta da abordagem de um objeto que foi ampliado. Quando passamos da abordagem da doença à abordagem do doente é necessário incorporar outro arsenal de conhecimentos e técnicas

g) **Trabalho em equipe:** Produzir saúde é uma tarefa complexa demandando o intercurso de vários campos de conhecimento. Desta forma não apenas o médico, mas um variado leque de trabalhadores de saúde necessita ser organizado de forma a aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas e produzir saúde. Organizar o trabalho de forma que estas equipes de saúde efetivamente atuem como equipe, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de trabalhadores é de extrema relevância para o sistema de saúde.

h) **Construção de autonomias:** Um dos principais objetivos do trabalho em saúde é ampliar autonomia dos usuários do sistema de forma que possam cuidar melhor de si e também dos outros. Aumentar o poder de cada usuário, individual ou coletivamente, ampliando sua capacidade de interferir nos determinantes e nas conseqüências de seu processo de saúde e doença é tarefa de todos os trabalhadores e gestores do sistema de saúde.

i) **Elaboração de projetos terapêuticos singulares:** Uma vez que os processos de adoecer são diferentes de sujeito para sujeito, onde temos situações que vão desde aquelas nas quais o adoecimento é passageiro, até aquelas onde o sujeito vai ter que conviver com um determinado problema

pelo resto da vida, as abordagens precisam ser singularizadas. Além do mais, uma mesmo problema pode ter impactos diferentes na vida de diferentes sujeitos. Assim, encontrar estratégias singulares para cada sujeito e seu contexto é aspecto relevante da prática clínica e da organização dos serviços.

j)**Elaboração de projetos de intervenção na comunidade:** Problemas comuns ao contexto da vida dos usuários sob a responsabilidade de uma determinada equipe de referencia necessitam ser abordados pela equipe e pela comunidade em diferentes projetos refiram-se estes projetos a situações na comunidade que afetam a vida de muitas pessoas ou à necessidade da comunidade utilizar seus recursos para apoiar seus membros na solução de problemas.

Uma outra vertente deste movimento mantendo ainda a ênfase na reorganização do trabalho em saúde desenvolveu o que vem sendo conhecido em vários locais no Brasil como **acolhimento**. Trata-se de um processo de recepção e escuta do usuário, procurando identificar que recursos do sistema ou que pontos da **linha de cuidado** poderiam ser utilizados para melhor equacionar suas demandas. Entre as principais críticas feitas a este procedimento, muitas vezes erigido à categoria de modelo assistencial por seus defensores, se encontra a de constituir-se, em grande parte das situações, em um mecanismo de **triagem, recepção feita com simpatia porém sem resolutividade (recepção receptiva!)** e até mesmo **pronto-atendimento**, em especial quando feito por profissionais de nível superior. A avassaladora maioria dos resultados de um acolhimento tem entre seus encaminhamentos a marcação de uma consulta, motivo pelo qual é muitas vezes tratado como uma intermediação desnecessária.

O modelo de vigilância à saúde

Esta alternativa de organização das unidades de saúde e das práticas assistenciais que foi adotada por vários estados e municípios brasileiros, em especial na década de 90, tinha como pilares os seguintes aspectos:

a) Um processo de **territorialização** (denominado distritalização), com definição clara de populações a serem cobertas por um determinado leque de serviços que incluíam todos os níveis assistenciais. Unidades básicas de saúde se articulariam com unidades secundárias e terciárias de forma a constituir uma rede de serviços com capacidade de ofertar todos os níveis de atenção, dando conta assim da integralidade das ações para o conjunto desta população definida;

b) A utilização da **epidemiologia** e do **planejamento estratégico** se constituíam nas principais ferramentas para definir tanto as prioridades em termos de ações de saúde a serem implementadas, quanto os investimentos a serem feitos na ampliação ou remodelagem da rede de serviços. Estas duas ferramentas permitiriam, segundo os defensores da proposta, superar as dicotomias existentes entre atenção espontânea às demandas da população e os programas tradicionais (hanseníase, tbc, hipertensos, etc.), possibilitando assim uma melhor definição do objeto de ação (riscos individuais e coletivos e os determinantes sociais dos processos saúde-doença);

c) A **interdisciplinaridade** e a **participação social** permitiriam os sujeitos deste processo (equipe de saúde e população) pudessem não apenas eleger e legitimar prioridades, mas também agir sobre as mesmas de forma coordenada, através de intervenções específicas sobre o território e sobre grupos populacionais específicos.

A estratégia da saúde da família como modelo organizativo da atenção primária

O Programa de Saúde da Família foi uma estratégia iniciada há aproximadamente 15 anos no Brasil com o intuito de reformular a atenção primária. O Ministério da Saúde passou a fomentar em todo o País a constituição de equipes de saúde compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Posteriormente foram acrescentados a esta equipe um odontólogo, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Esta equipe deveria se

responsabilizar pela saúde de aproximadamente mil famílias residentes em um território definido, que é subdividido em microáreas, que correspondem ao espaço de ação de um agente comunitário.

O principal objetivo do PSF era reorganizar a atenção primária no País e, a partir dela reorganizar todo o sistema de saúde. O processo de trabalho pensado para as equipes deveria envolver a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território com vistas à produção da saúde.

A título de conclusão

Ha mais convergência entre estas alternativas de organização do sistema de saúde do que divergências. Obviamente, cada um destes modelos, a seu modo acentua determinadas características. Assim, o modelo da Vigilância a Saúde procura dar ênfase nas questões ligadas ao território. Em Defesa da Vida acentua as questões relacionadas a clínica e aos processos de trabalho. As Cidades Saudáveis procuram melhorar a qualidade da vida de seus habitantes e as Ações Programáticas elegem grupos sujeitos a maior risco de adoecer dando-lhes tratamento diferenciado. No entanto, é altamente desejável que médicos e demais trabalhadores do modelo Em Defesa da Vida - que podem se organizar na forma de Equipes de Saúde da Família ou equipes de referencia para um certo número de cidadãos ou famílias em um determinado território - se preocupem com a qualidade de vida de seus usuários, trabalhem ativamente para que as cidades onde vivem se tornem mais saudáveis e que mesmo atendendo a todos ofertem uma maior parte de seu tempo, inteligência e afeto às pessoas em maior risco de adoecer ou que já se encontrem em sofrimento. Por seu turno quem prioriza a vigilância das situações de saúde sobre um determinado território ou busca construir uma cidade mais saudável certamente deverá ter entre suas preocupações o processo de trabalho em saúde. Aqui, não adotar uma visão mais alargada da clínica é esquecer que territórios e cidades são importantes apenas porque são os lugares onde os acontecimentos humanos têm lugar.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança, in: *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2): 263-286, 1999.

- _____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(suplemento)23-36, 2002.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. *Assistência Médica hospitalar no século XIX*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1973 (Col. Os Pensadores).

ARISTÓTELES, *A Constituição de Atenas*. Ed Hucitec, 1995

BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)*. Rio de Janeiro, 2005. 257 fls.

CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em debate*, nº 37, p.38, 1992.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CHAUVENET, A. *Medecines au choix medec.de classes*. Ed. PUF, Paris, 1978.

COHN, Amélia e Elias, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(suplemento)173-180, 2002.

CURI, L.M. *Defender os sãos e consolar os lázaros: Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976*. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

- _____. *Microfísica do poder*. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

- _____. *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

- _____. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado, 2ª. Ed. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária, 1980.

DEVERS, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis, Soc Ind Res, 1976; Vol 2, p 465.

FLECK, Ludwik. *The Genesis and Development of a Scientific Fact* (editado por T.J. Trenn e R.K. Merton, com prefácio de Thomas Kuhn). Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FRIEDSON, E. *The hospital in the modern society*. London: The Free Press of Glencoe, 1963.

- _____. *Professional dominance*. Chicago, Aldine, 1970.

- _____. *Profession of medicine*. New York, Dodd Mead, 1970.

- _____. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n 31, ano 11, p 141-145, 1996.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7ª ed. (português). São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil: – presença, regionalização e tendências. *Ver. Saúde públ.*, São Paulo, 11:143-50, 1977.

GRABOIS, V, CASTELAR, R e MORDELET, P. *Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro, ENSP – 1995.

GRAÇA, L. - *Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica*. Lisboa: 1996, textos (apostilas de cursos oferecidos na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa).

- _____. *A Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica*, 2000, acessível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html

GUIMARÃES, C. *Situação Assistencial Brasileira*. In: Gonçalves, E. (Org). *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1989. p 103-109.

HOLANDA, Sérgio Buarque. *História Geral da Civilização Brasileira*, Tomo I, Volume 2

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. *Estatísticas da saúde: Assistência Médico Sanitária*, 2002. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. tradutor: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. Editora: Editora Perspectiva, SP Ano: 1982

LANE, J-E, ed., Public Sector Reform: Rationale, Trends, Problems. London: Sage Publications, 1997

LEUCOVITZ, E., Pereira, T.R.C. 1993. SIH/ SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Série Estudos em Saúde Coletiva 57: 1-83. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1993.

LECOVITZ, E. 1993. A capacidade operativa da rede assistencial do SUS: recuperação e adequação (o Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene). Série Estudos em Saúde Coletiva 57: 1-83. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1993.

MARTINS, M; Travassos, V; Noronha, J.C. 2001 Sistema de Informações Hospitalares como ajuste em índice de desempenho. Rev.Saúde Publica 2001;35(2):185-192. Rio de Janeiro.

MCKEE, 2002, In: Hospitals in a changing Europe - p.50

MEDEIROS, Marcelo. A trajetória do Welfare State no Brasil: Papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990, Brasília, 2001 – IPEA – ISSN 1415-4765

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: Panorama geral. Ciência & Saúde Coletiva 8 (1): 79-95, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A. de. & TEIXEIRA, Sônia M.Fleury. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe – Brasília: OPAS/OMS, 2004.

- _____. Directorio de hospitales de América Latina y Caribe, Washinton, DC: OPS; 1997

PEGO, Raquel Abrantes e Almeida, Célia Maria. Teoria y prática de las reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil e México. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4), jul-ago, 2002.

PLATÃO, Sofista. Coleção Os Pensadores. trad. Jorge Paleikat e João Cruz Costa. 1ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1972. pp 135-203.

_____, A República. Trad. M. H. R. Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

PORTELA, M,C; Schramm,J.M.A; Pepe, V.L.E; Noronha,M.F; Marins Pinto, C.A; Cianeli, M.P. 1997. Algoritmo para a composição de dados de internação a partir do

sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. Cad Saúde Pública v.3, n.4 Rio de Janeiro out/dez. 1997.

PREKER, Alexander S., Harding, April (editors); Innovation in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. The World Bank, Washinton, DC, 2003.

Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira – MS 2004 – Distribuição dirigida

REINHARDT, UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999. Health Aff 2002; 21: 169–81

ROCHAIX, M. - Les questions hospitalières: de la fin de l’Ancien Régime à nos jours. Paris: Berger-Levrault, 1996.

- _____. Les modes de rémunération des médecins, Revue d'Economie Financière n°76, 2004, p. 223-239

SCOTTI, Richard W. et al. Institutional change and health care organization: from professional dominance to managed care. The University of Chicago Press, Chicago - USA – 2000.

ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

- _____. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

STEUDLER, F.. L'Evolution de la Profession Medicale: Essai d'Analyse Sociologique. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, No. 2, 1973.

- _____. L'Hopital en Observation. Paris: Armand Colin, 1974.

- _____. Medecine Liberale et Conventionnement. Sociologie du Travail, Vol. 2, 1977.

Ten-year health plan for the Americas : final report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas (Santiago, Chile, 2-9 October 1972).

TEIXEIRA, Aloísio; Bahia, Lígia; Vianna, Maria Lúcia W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

TOURAINÉ, A. (1973) - A organização profissional da empresa. In: Friedman, G.; Naville, P. (1973): Tratado de sociologia do trabalho . São Paulo: Cultrix, Vol. I. 1973. 445-468.

- _____. Préface. In: Steudler, F. (1974) - L'hôpital..., op. cit.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. A América Latina no contexto de reformas. IMS/UERJ, 2002, mimeo.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. A americanização da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revam: UCAM, IUPERJ, 1998

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS, (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>) informa, no item “Health Personnel”, a quantidade de médicos, odontólogos, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos de todos os países membros (os dados variam entre os anos de 1995 e 1998).

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos; Adriana Coser Gutiérrez;
André Vinicius Pires Guerrero & Gustavo Tenório Cunha.

Atenção básica em sistemas públicos de saúde: uma estratégia em busca da universalidade, equidade e integralidade.

Segundo a cultura sanitária acumulada pela tradição dos sistemas públicos de saúde, a atenção básica à saúde (ABS) deveria se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única, o que implicaria em burocratização intolerável, o Pronto-socorro é outra porta possível e necessária, por exemplo). Porém espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema. Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO; 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados.

É tradição em outros países utilizar a expressão atenção primária em saúde (APS) em lugar de atenção básica, como denominamos aqui no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. Contudo, importa mais do que definir a terminologia, o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, básico ou primário entendidos às vezes como elementar, mínimo, ou, como Testa (1989) aponta, como simples, primitivo. Identificamos que, muitas vezes, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada. Partindo desse pressuposto, tende-se a desvalorizar o trabalho na ABS, o profissional da área costuma ser desvalorizado no mercado de trabalho do ponto de vista do status, em especial no caso da categoria médica. Sem dúvida que isso ocorre, de um lado, por existirem muitos interesses corporativos, econômicos, por trás desta diminuição da importância da função da atenção básica. Entretanto, de outro lado, compreendemos que o atual modo de organização do processo de trabalho na ABS ainda é, em determinadas

situações, como ainda acontece no Brasil, um tanto confuso tanto para o usuário como para o restante do sistema, o que não favorece a reversão de semelhante entendimento.

Tem sido possível produzir evidências do impacto positivo da atenção primária na saúde das populações através da comparação entre países (STARFIELD 2002). A atenção primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania.

"Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos" (Starfield; 2002, pg 32).

Barbara Starfield (2002), não só é uma referência no assunto, como também a edição de seu livro no Brasil, *“Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias”*, é uma publicação institucional do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, que tem exercido larga influência entre aqueles envolvidos com o SUS. A autora cita um estudo, coordenado por ela mesma e publicado em 1994, em que compara 12 países industrializados. É interessante destacar que a comparação é feita entre países considerados ricos. Ou seja, mesmo em situação de abundância, alguns países, entre eles os EUA, com baixa orientação para a atenção primária, têm indicadores piores que países menos ricos.

Para medir a “força da atenção primária” em países com configurações de “sistemas de saúde” tão diferentes, a autora escolheu parâmetros para avaliação do Sistema de saúde e parâmetros de avaliação do funcionamento dos serviços de Atenção Primária.

"Foi desenvolvida uma classificação para a força da orientação de atenção primária utilizando cinco características do sistema de saúde que se

pensava estarem associadas a uma forte atenção primária e seis características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária". (STARFIELD; 2002, pg 32)

Estas características merecem especial atenção porque ressaltam sistemas com “eficácia comprovada”. As cinco características do sistema foram: 1- “a medida na qual os profissionais e instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade”; 2- o tipo de médico designado como médico de atenção primária; 3- os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 4- o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 5- a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

A autora utilizou também como elemento de comparação seis características das unidades de saúde, importantes para medir a força da atenção primária: 1- a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; 2- a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; 3- a medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo; 4- o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; 5- a orientação familiar da atenção primária; 6- a orientação comunitária da atenção primária.

Podemos dizer que das seis características três se referem diretamente ao vínculo entre pacientes e médicos. Todas se referem, de algum modo, a um tipo especial de clínica na atenção primária: com abordagem ampliada (familiar e comunitária), com confiança e disponibilidade (“força das relações”, “primeiro atendimento”) e capacidade técnica para se responsabilizar pelos problemas mais prevalentes, independente do tipo (coordenação).

É necessário observar que a autora focaliza bastante características referentes ao profissional médico. Provavelmente isto se deve em parte a necessidade de buscar termos comuns para comparação (poucos países com Atenção Primária instalada operam com

uma equipe interdisciplinar, a maioria tem uma APS com configuração centrada no médico).

“O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros.”
(STARFIELD;2002, pg 32)

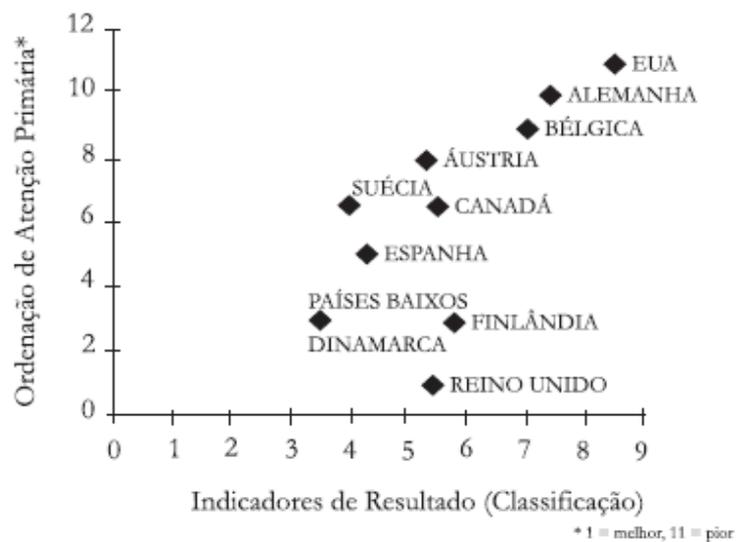
Ou seja, existe uma tendência no mundo contemporâneo industrializado para a fragmentação e a especialização. Esta tendência se manifesta com muita força na profissão médica e tem impacto enorme nas configurações da atenção primária. No Brasil este tema é muito relevante dada a dificuldade de fixação de profissionais médicos na atenção básica e a presença de serviços “sem médico” (podemos chamar assim - sem nenhum desmerecimento ao impacto positivos obtido com a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em regiões com ausência de profissional médico). No Brasil há ainda a dificuldade em se gerenciar o trabalho médico em Unidades Básicas ditas tradicionais, muito frequentemente com uma presença rarefeita de médicos, tanto proporcionalmente à população quanto em função do pequeno envolvimento do mesmo, inclusive com o costume de não cumprimento da jornada de trabalho contratada.

Quanto a avaliação do impacto e dos custos dos diferentes sistemas de cada país, a autora utilizou os seguintes parâmetros para comparar resultados e custos: 1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar a contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas preveníveis. Também incluíram uma medida de morbidade: porcentagem de baixo-peso no nascimento. 2. Classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*, expresso pela paridade do poder de compra. 3. Classificações para a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, obtida por uma pesquisa por telefone em que as

As pessoas classificaram o sistema de saúde de seu país de acordo com a extensão em que necessitava de melhorias. A classificação foi baseada na diferença entre a porcentagem da amostra de população relatando que seriam necessárias mudanças importantes e a porcentagem que dizia que seu sistema necessitava apenas de mudanças menores para torná-lo melhor. 4. Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo conferido grau 1 ao país com os menores custos de medicamento prescrito.

Os resultados do estudo demonstraram um efeito positivo importante da atenção primária nos indicadores escolhidos e nos custos. A figura abaixo ilustra os resultados em relação aos indicadores de resultado:

Figura 1.3
Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



Fica evidente que a ausência de atenção primária significa pior resultado de saúde e maior custo. A autora acrescenta que:

“as características do sistema e as características da unidade de saúde estavam altamente relacionadas, ou seja, países nos quais as políticas de saúde conduziam à atenção primária eram os países em que as

características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária” (Idem p 36)

Sem desconsiderar que a autora toma aquelas características positivas de sistema como sendo características de políticas de saúde que objetivam construir uma rede de atenção primária adequada – o que coloca para o Brasil questões importantes quanto a nossa política de saúde para a atenção básica –, nos interessa neste momento destacar que existe uma forte relação entre estes dois campos: políticas de saúde e características das unidades de saúde. São talvez campos distinguíveis mas não separáveis. Um campo geral das políticas de saúde (e até das políticas públicas sociais), próximo das características de sistema, e outro da gestão e das práticas dos serviços de saúde, mais próximo das características das unidades de saúde (ou mais especificamente das práticas de saúde realizadas nestas unidades). No Brasil há dificuldade com a ABS nestes dois campos, tanto no da gestão e das práticas clínicas, quanto no mais amplo da política do SUS (Campos; 2006).

Dito isto, estamos reconhecendo que o resgate da definição ampliada de ABS depende também, ou, talvez, principalmente, de políticas públicas que reformulem ou fortaleçam as práticas da atenção básica orientadas para a sua finalidade de fato.

Diretrizes organizacionais para que a ABS cumpra com seu papel:

Temos trabalhado com algumas diretrizes ou funções que a atenção básica deveria cumprir para conseguir, na prática, realizar esse desempenho (Campos; 2003):

- **Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade:** os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise

das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade.

- **Clínica ampliada e compartilhada:** a clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades (Nunes; 2005). Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões. A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade. Ainda, a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, com isso, ao mesmo tempo, aumentar-se-á a confiança entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso - 'cada caso é um caso' - sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc). A metodologia necessária para essa reformulação do trabalho em saúde depende da participação do usuário tanto no diagnóstico quando no processo terapêutico, depende da instituição de mecanismo de compartilhamento da clínica.

- **Saúde Coletiva:** ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais, tudo isso vêm sendo recomendado amplamente pela bibliografia da área e

contribui com certeza para a resolução e prevenção de inúmeros problemas de saúde (Starfield; 2002 & WHO; 1994).

- Participação na gestão (co- gestão):

Uma das conquistas da Reforma Sanitária, que trouxe um diferencial democrático na organização dos serviços de saúde, refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação e o controle social. Estes mecanismos devem aparecer tanto nas ações de co-gestão dos serviços de saúde como nas próprias organizações locais de moradores quanto na forma/metodologia de implantação dos serviços em determinado território.

Dentro diversos aspectos, vale enfatizar a importância em favorecer a efetiva organização da população local, considerando sua história e cultura específica, estando-se aberto para vários tipos de dispositivos que favoreçam a participação além dos arranjos oficiais do SUS. A mobilização comunitária pode ser facilitada quando se divulga a proposta do serviço, abre-se debate sobre a possibilidade de readequar o modelo de organização sempre que necessário. A inserção da equipe na comunidade deve ser valorizada. A participação da população na organização do processo de trabalho na ABS, em conjunto com a equipe, deve ser considerada como forma de garantir espaços de fala e escuta, balizando a gestão entre as necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes. Desta forma, e em ritmo processual, esta valorização poderá estimular a co-responsabilidade da comunidade com o processo saúde x doença, ampliando a autonomia da população de determinado território e reforçando a relação equipe de saúde com a comunidade. A presença da equipe de saúde no cotidiano da comunidade, agrega valor à vida de pessoas e ao trabalho em saúde.

Observa-se que, na prática, essas funções se entrelaçam, a ampliação e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada Equipe combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso. A composição dessas três funções não é uma tarefa simples. É freqüente se observar desvios que diminuem a capacidade da rede. Em alguns casos há redes que se voltam principalmente para a prevenção de riscos e ações comunitárias deixando a resolutividade clínica para a rede de urgência e hospitalar. Em outros, observa-se uma ABS transformada em pronto atendimento clínico de baixa qualidade. Nenhuma dessas

alternativas garante o papel resolutivo que a ABS deve sustentar. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento dessas quatro funções.

Modelo Organizacional para a ABS:

Para se atingir essa capacidade de resolver problemas de saúde, entendemos que a ABS deverá ordenar-se segundo algumas diretrizes:

- Trabalho em Equipe Interdisciplinar: sabe-se que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficiente para cumprir simultaneamente essas três funções. Por outro lado, a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado. No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, apoiando-se em experiências municipais, adotou um desenho para a composição básica dessa Equipe com base na lógica da Saúde da Família: médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos com formação e função de generalistas, e os agentes de saúde, uma nova profissão, em que trabalhadores recrutados na comunidade fazem ligação da equipe com família e com a comunidade (Brasil/MS; 2006).

Em algumas localidades há experiências que incorporam outros profissionais à ABS, ainda que procurem manter sempre a Equipe de Saúde da Família como núcleo central para ordenar a atenção. Com a idéia de constituírem-se redes de Apoio Matricial, agregam-se Equipe de Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição, Saúde Coletiva e Desenvolvimento Social, Saúde da Mulher e da Criança, entre outras, que trabalham articuladas com várias Equipes de Saúde da Família em um determinado território. Algumas cidades têm experimentado deslocar especialistas em áreas com grande demanda para também atuarem na atenção básica. Recentemente o Ministério da Saúde aprovou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que busca ordenar e criar mecanismo de co-financiamento para esse estilo de ampliação do atendimento na ABS.

- Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários: com objetivo de definir-se a responsabilidade sanitária de modo claro, recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família bem como outras com função de Apoio Matricial tenham a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A Equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. A construção de vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal – horizontal ao longo do tempo – entre Equipe e usuários.

- Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto, a busca da ampliação do cuidado em ABS: que depende do exercício combinado das quatro funções acima explicitadas. Dentro dos limites da ABS, cada Equipe deve contar com meios para resolver problemas de saúde valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e, até mesmo, de reabilitação e alívio do sofrimento. Espera-se que as Equipes consigam tanto apoiar a comunidade e outros setores para a intervenção sobre determinantes do processo saúde/doença, quanto garantir atenção singular aos casos com maior vulnerabilidade.

- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: Recomenda-se uma reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede.

Para isso é fundamental formação Paidéia, a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto.

Migrar o ensino para a ABS não significa automaticamente migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A Abordagem Ampliada depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Para isso recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e

cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde.

- Articular a ABS em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A ABS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, a saber, de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social, etc.

STARFIELD (2002) valoriza, entre outras, quatro características da ABS: a acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). Esta última característica, pode ser considerada complementar à anterior, pois ao se tomar a integralidade da atenção básica como a responsabilização por todos os problemas de saúde da clientela adscrita, dever-se-á admitir que será necessário, em muitos momentos, que a atenção básica compartilhe a atenção com outros serviços de saúde do sistema. A forma recomendada para fazer este compartilhamento é coordenando os projetos terapêuticos. Muito diferente do que ocorre, ainda freqüentemente, com os “encaminhamentos” dos pacientes entre os serviços, ou seja, a transferência de responsabilidade e não compartilhamento e muito menos coordenação. Existiriam formas para produzir estas características da APS tanto nas políticas quanto na gestão e nas práticas? E ainda: haveria relações entre estes campos, que não se operam somente numa direção? De qualquer modo, nos interessa chamar a atenção para o fato de que diretrizes ou características gerais das políticas não são suficientes para determinar esse estilo de práticas e de gestão do cuidado. Ou seja, recapitulando: tanto as diretrizes gerais da política para ABS podem não estar adequadas, quanto mesmo que estivessem nada indicaria que seriam suficientes, porque também são dependentes de uma saber fazer, de um modo não tradicional de fazer clínica e gestão.

Para o Ministério da Saúde (2006), a atenção básica caracteriza-se, de modo geral, por: não dissociar a atenção individual da coletiva a partir da promoção, prevenção,

proteção e reabilitação para a manutenção da saúde; **organizar-se a partir do trabalho em equipe por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; utilizar tecnologia de elevada e de baixa densidade com base em problemas de saúde mais frequentes em determinada base territorial; reconhecer-se como o contato preferencial dos usuários com todo o sistema de saúde.**

Ao longo dos últimos anos houve várias formas de organizar a atenção básica no Brasil, embora, haja predominado relativo descuido com o desenvolvimento dessa estratégia. Todavia, desde 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo MS, depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), passou-se a incentivar financeiramente um modelo específico de organização da rede de atenção básica, que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho, dentre outros.

Com isso, a ESF, ainda que se tenha inspirado em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em função de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar, destacando a função do agente comunitário de saúde.

Andrade & Barreto (2003/2004) têm também essa percepção, quando afirmam que a ESF é vista como um modelo de APS focado na unidade familiar, construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal.

Essa compreensão da ESF como o componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência bem como rede de serviços de atenção à saúde mental.

Andrade, Barreto & Bezerra (2006) definem a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizado através de estratégias/ações preventivas, promocionais, de

recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focando-se na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

No entanto, apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Apesar de a ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examina as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas. Além disto, seria preciso que as redes de atenção básica organizadas segundo outras tradições, fossem reorientadas para as diretrizes acima referenciadas, como as de coordenação, de continuidade do cuidado, de clínica ampliada, dentre outros. Igualmente, deveriam receber apoio e orientação no sentido de melhor equalização do processo de incremento do acesso concomitante à qualificação do processo de trabalho. Registre-se esta observação, porque a ESF não se propõe a reorganizar redes de atenção básica existentes antes da vigência daquele programa. Esta realidade é bastante freqüente nas regiões sul e sudeste do país.

Conill (2007), em estudo sobre a atenção básica do município de Florianópolis, encontra evidências que apontam para uma discreta superioridade da ESF em comparação às atividades das unidades tradicionais, em razão da incorporação de práticas de territorialização, de maior vínculo, de envolvimento comunitário e de acompanhamento de prioridades programáticas, o que é coerente com o seu referencial normativo. No entanto, o acesso permanece crítico, havendo dificuldades nas estruturas físicas das unidades físicas e na composição e desempenho das equipes, além de fragilidades na gestão e na organização de redes de serviços.

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização do programa de saúde da família (PSF) e do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), com base na revisão da legislação vigente até o momento, em uma perspectiva do pacto pela saúde, sendo este o que

regulamenta centralmente, em blocos de financiamento, o cumprimento de metas sanitárias de modo tripartite. A Portaria 648 traz fundamentalmente a reafirmação da ESF como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece ainda, em seu escopo, a mudança da expressão antes utilizada de programa de saúde da família para estratégia saúde da família, no entendimento de que todos os programas tornam-se políticas, uma vez que a programação denota um status provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional.

A Política Nacional de Atenção Básica (MS, 648/2006) tem em seu corpo as definições de princípios gerais que caracterizam a atenção básica: quando implantada a ESF no território, que esta seja hegemônica e substitua o modelo tradicional de atenção básica; que as equipes tenham a família e a comunidade como unidades privilegiadas; que haja um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade em questão e que seja promotora de cidadania; define responsabilidades de cada esfera de governo: cabe ao município inserir a ESF como organizadora do sistema local de saúde, garantindo as condições de trabalho, compreendidas como infra-estrutura física, materiais, insumos, equipamentos, acompanhamento e capacitação das ESF, devendo-se cumprir 40h/semana. Ao governo estadual cabe viabilizar, na Comissão Bipartite, as normatizações e as diretrizes que assegurem o cumprimento dos princípios gerais, acompanhando, avaliando e monitorando através de assessoria técnica, de modo a proporcionar o desenvolvimento da ESF seja no credenciamento ou no descredenciamento das equipes, no fluxo de informações e nos recursos, intermediando o município e o MS. Ao governo federal atribui-se que viabilize, através da CIT, as normatizações e as diretrizes da ESF com aporte financeiro e de articulação entre as demais esferas para a qualificação das equipes das ESF. Em suma, define, para as três esferas federativas, a criação de metas e de mecanismos de acompanhamento das ESF expressos em planos de saúde; infra-estrutura e recursos necessários; cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde; processo de trabalho das equipes de atenção básica; atribuições dos membros das equipes de atenção básica; processo de educação permanente.

Neste documento é nítida a política indutora para a implantação da ESF principalmente através do incentivo financeiro. Tal situação acabou por gerar críticas da parte de alguns municípios e estados sobre a viabilidade da ESF face as suas diretrizes e regras, consideradas rígidas. Argumenta-se, por exemplo, sobre a insuficiência do apoio financeiro federal e sobre a omissão dos estados. Pondera-se que, para os grandes centros urbanos, a proposta não se aplicaria em função da obrigatoriedade de contratação, principalmente, do profissional médico em 40h/ semana, pois haveria outras ofertas de emprego com melhores salários; questiona-se a viabilidade do trabalho territorial e de aproximação maior da comunidade em razão da violência urbana; alega-se que o processo de trabalho não se adaptaria ao perfil da cultura urbana – obrigatoriedade de vínculo a determinada equipe –, ao elevado custo de manutenção etc.

De qualquer modo, observa-se que a ESF passou a ser a política oficial do SUS para a atenção básica, e, em alguma medida, estruturante da rede básica em seu todo, ocorrendo variações apenas em torno das diretrizes.

A ABS realmente existente:

De fato, valeria questionar-se, onde existiria essa ABS idealizada em recomendações oficiais e textos teóricos? Em nenhum lugar, com certeza. Como está acontecendo com o SUS em geral, também a implantação da rede de ABS no Brasil está ocorrendo de maneira bastante heterogênea. O que se resumiu acima são recomendações genéricas, que alguns gestores e profissionais procuram transformar em realidade.

Em tese teríamos quase 70 milhões de brasileiros vinculados a distintos programas na ABS. No entanto, a qualidade e a capacidade resolutiva desses serviços são muito desiguais. Temos desde cidades com baixa cobertura, até outras que alcançaram setenta por cento de famílias vinculadas à ABS. O apoio ao exercício de uma clínica eficaz é igualmente heterogêneo, o mesmo se pode dizer sobre a integração da ABS ao sistema hospitalar e de especialidades. Além disso, há problemas sérios com a política de pessoal, desde o sistema precário de contratação até a quase inexistência de oportunidade tanto para a formação especializada quanto para acesso a processos de educação permanente. A maioria absoluta dos médicos, enfermeiros e dentistas não têm formação

especializada em saúde da família, ou em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional.

Outra característica da alternativa brasileira que requer reflexão é a forma de vinculação da clientela: absolutamente territorial. Comparando experiências da APS pelo mundo, percebemos que predominam formas de vinculação pessoal/individual, como no Reino Unido/Canadá, entre outros. A adscrição territorial no Brasil é mista, abrangendo famílias/domicílios e indivíduos, ainda que o que os autorize a vincular-se a alguma equipe seja o território – espaço geográfico - daquela equipe. O cadastramento no Brasil tanto considera o cadastro de domicílios no território quanto o número de pessoas por domicílio. Ou seja, o tamanho do território deve depender do número de pessoas. Chama a atenção o fato de que se instalou no Brasil uma certa confusão entre domicílios e famílias, como se fossem necessariamente equivalentes¹⁷. Tal característica do arranjo brasileiro, seguramente merece um estudo mais detalhado. O vínculo entre equipe de saúde e usuário é secundarizado pela inexistência de direito de escolha do usuário em relação a sua equipe. Seguramente independente do desempenho profissional, dos afetos e dos efeitos sanitários a possibilidade de escolha, presente em alguma medida em vários países, o que, talvez, seja um dos fatores que interferem negativamente na legitimidade social do sistema. Também é bastante possível que, dada a importância do vínculo terapêutico na Atenção Básica, uma certa flexibilidade de escolha tenha efeito favorável, na medida em que dá mais poder ao usuário e evita a convivência forçada em situações de transferência muito negativa.

A variedade de modos para se organizar a atenção primária, bem como suas modulações, permite uma multiplicidade de combinações, que, de fato, deveriam ser incluídas como alternativas locais na estratégia brasileira de ABS. Trabalhamos com a hipótese, a ser verificada, de que não há melhor combinação ou modelo em abstrato, ainda que existam diretrizes de comprovada eficácia, como é o caso da atenção com

¹⁷ É um conceito habitacional de família entre outros possíveis. Se todos do mesmo domicílio/família são adscritos com a mesma equipe, um grupo qualquer de pessoas que se considere uma família (por laços afetivos ou sangüíneos) e que more em domicílios distantes (dois irmãos, por exemplo) não podem ser adscritos à mesma equipe de referência

vínculo longitudinal e sobre os efeitos benéficos da coordenação de casos. O melhor arranjo será aquele que melhor corresponder a singularidade de cada contexto. Tomando-se uma concepção ampliada de contexto, não reduzido ao perfil epidemiológico, mas considerando também disponibilidade de recursos, capacidade instalada, padrão cultural e de urbanização, etc. Por outro lado, aquelas características cuja eficácia hajam sido testadas em estudos comparativos deveriam prevalecer sobre outras alternativas.

Neste sentido cabe uma pequena observação sobre algumas dificuldades brasileiras na implantação da ABS. Por um lado parece haver ainda uma forte herança de um padrão de funcionamento que pensa mais fortemente a prevenção e as ações de promoção do que a clínica individual, principalmente médica. Podem resultar daí algumas características da nossa Atenção Básica, a saber:

- Persistência tanto de Unidades Básicas de Saúde (ou melhor denominadas Postos de Saúde) que poderíamos dizer serem um misto miniaturizado de CDC¹⁸ americano com tecnologias programáticas e de promoção à saúde, quanto de serviços de pronto atendimento e unidades de emergência, caracterizando uma espécie de atenção primária degradada para os pobres.

- Lenta implantação de um ESF com dificuldades estruturais e políticas cujo enfrentamento não se vislumbra no horizonte imediato. O discurso oficial é acrítico, a Estratégia de Saúde da Família estaria completa quanto a concepção e desenho. Os problemas seriam decorrentes da falta de ESF.

O resultado do otimismo panglossiano das autoridades sanitárias com a ESF é paradoxal. Enquanto se vive, no concreto, impasses em relação a real implantação da Atenção Básica no país, há um discurso fechado das autoridades federais que parecem ignorar o país real. Por exemplo, não somente há empecilhos graves a fixação de profissionais médicos na Atenção Básica, quanto existe também uma forte crítica à

¹⁸ CDC Centro de controle de doenças dos EUA. Órgão estatal em perfeita harmonia com o sistema privado de atenção à saúde.

qualidade do trabalho médico, sem qualquer referência ao fato de que, em todos os países do mundo, nenhuma estratégia para a APS funcionou sem alguma solução para o trabalho médico. A crítica à bio-medicina, para alguns, transforma-se em combate aos médicos em geral. Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas / insegurança e demanda excessiva reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional. Talvez ainda seja válida a crítica a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual. Neste movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade. O que diminui as chances de se construir uma política pública capaz de incluir estes profissionais nos serviços de saúde. Com isto existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado deste discurso hipercrítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário”. Ou seja, a presença de um certo apelo moralizante que, na verdade, se opõe totalmente a possibilidade de cidadania, de direitos sociais, de autonomia e da instituição real de um sistema de saúde público universal.

Voltando aos desafios clínicos e gerenciais, podemos observar que a maior parte das características da ABS apontadas por STARFIELD, Campos, Cunha, e pela própria ESF oficial, convidam a desdobramentos não normativos. Senão, como pensar vínculo e seguimento (continuidade) sem pensar em um certo tipo de prática clínico-gerencial correspondente, que possibilite uma sustentação do vínculo? (Em outras palavras seria o mesmo que perguntar qual tipo de clínica predomina entre profissionais e usuários que estão sempre, como no pronto atendimento, se vendo pela primeira vez?) Como imaginar a integralidade / coordenação sem uma prática clínica ampliada? Coordenar significa também enfrentar certezas míopes de especialistas quando necessário, valorizando a

experiência acumulada e o vínculo, assumindo as incertezas de uma clínica com baixo valor preditivo positivo. Como imaginar a acessibilidade sem uma disponibilidade / capacidade clínica de se organizar e acolher a demanda não agendada / programada? Como imaginar os diversos tipos de composição de equipe sem pensar no apoio para o trabalho em equipe, em busca constante da construção de uma grupalidade solidária, de modo a evitar fragmentações e disputas? O aprofundamento da compreensão da Atenção Básica em relação a algumas das suas características importantes parece requerer também uma compreensão das práticas clínicas e gerenciais, nas suas especificidades e nos seus entrelaçamentos. Da mesma forma, a qualificação da prática clínica dos profissionais da atenção básica depende também de uma clareza quanto a definição destas características. Pensar a atenção básica, suas possibilidades e desafios no Brasil, independente do peso que cada uma de suas características gerais em cada situação singular, significa pensar a CLÍNICA e a GESTÃO. Ou seja, fazer o seguimento longitudinal com vínculo, responsabilização implica tanto recursos clínicos dos profissionais, quanto apoio / suporte / cobrança. Da mesma forma, a coordenação ou a clientela adscrita. Esta hipótese confronta-se, em grande medida, com a situação atual da política para a atenção básica no Brasil, em que as características da ABS são pouco debatidas em nome de uma lógica dicotômica: ESF ou não ESF. Em realidade, seria necessário instituir-se um clima menos polarizado, em que fosse possível trabalhar alguns dilemas. Como reordenar o modelo de atenção de uma Unidade Básica tradicional para aproximá-las das diretrizes acima comentadas? Que composição mínima deveria ter as equipes da atenção Básica, como ampliar a multiprofissionalidade com a lógica do apoio matricial? Qual a clientela possível de ser atendida por uma equipe da ABS? Qual a relação entre as pessoas, suas famílias e a comunidade? Como incorporar o acolhimento sem transformar a ABS em pronto atendimento?

Diante deste quadro complexo na ABS brasileira o objetivo deste livro é investigar as dificuldades clínico-gerenciais mais importantes para a qualificação da atenção básica no Brasil, A partir desta investigação contribuir para a construção de propostas de formação e co-gestão de profissionais capazes de fazer uma clínica mais ampliada.

Concluindo pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

BIBLIOGRAFIA:

ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde: um diagnóstico preliminar. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.22.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.46.

_____. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/96 01/96, de 05 de novembro de 1996.

_____. PORTARIA GM/MS Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 - Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. PRT/GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97 - Estabelece o Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição.

_____. PRT/GM/MS Nº 3.925, de 13 de dezembro de 1998 - DO de 17/11/98 - Aprova Manual para Organização da Atenção Básica no SUS.

_____. PRT/GM/MS Nº 476, de 14 de abril de 1999 - DO de 22/4/99 - Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica.

_____. PRT/GM/MS Nº 832, de 28 de junho de 1999 - DO de 29/6/99 - Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica a Saúde.

_____. PORTARIA GM/MS Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 - Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

_____. PRT/GM/MS Nº 12, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00 - Define que, no ano 2000, o processo de pactuação entre os Estados e os Municípios e entre o Ministério da Saúde e os Estados, para melhoria dos indicadores de Atenção Básica, obedecerá à mesma sistemática estabelecida na PRT/GM/MS nº 832, de 28/6/99. Republicada no DO de 12/1/00, por ter saído com incorreção no original.

_____. PORTARIA GM/MS N.º 373, de 26 de fevereiro de 2002 - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002.

_____. PORTARIA Nº 648 de março de 2006-Cria a Política Nacional de Atenção Básica.

CAMPOS, G.W.S.

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão: Revista Ciência & Saúde Coletiva ;2006.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005. Saúde em Debate.

Machado, Maria Helena. *Programa de Saúde da família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros*. In: Os sinais vermelhos do PSF, org. Maria Fátima de Sousa. São Paulo, editora Hucitec, 2002.

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIRANDA, A.S. Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito. Disponível em [http://www.saude/cnsonline/temas em debate/psf](http://www.saude/cnsonline/temas%20em%20debate/psf), 1997.

STARFIEL, D.B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia. 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. Rev. Bras. S. Fam., V(7):10-23, 2004a. Edição especial

TESTA, M. Pensar em salud. Buenos Aires: OPS/OMS, 1989 VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-51, 2002.

World Health Organization. *Primary Health Care*. Genebra, WHO, 1978.

World Health Organization. *Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

O subjetivo e o sócio-cultural na co-produção de saúde e autonomia

Mariana Dorsa Figueiredo; Paula Giovana Furlan

Que na experiência de saúde e doença interagem dimensões biológicas, subjetivas e sócio-culturais, eis uma afirmação já bastante discutida e consagrada no termo biopsicossocial. Mas o próprio termo justapõe três universos de questões e projetos distintos, muitas vezes tomados como antagônicos, e assim, provoca uma série de perguntas: Como se revelam e se articulam essas dimensões na trama concreta da vida? Como operar com a complexidade dessas dimensões e relacioná-las em sua interdependência? Como repercute essa interdependência no cotidiano dos serviços de saúde?

O que predomina atualmente em muitas práticas profissionais em saúde é o enfoque sobre as questões biológicas, sobre a doença ou sobre o risco de adoecer, desconsiderando outros aspectos da vida do indivíduo em sociedade, também inseridos na construção do que é saúde. Outras vezes, ainda, temos a partida de uma visão antropológica que se limita a olhar sobre esse aspecto, não considerando, por sua vez, fatores epidemiológicos e riscos biológicos, por exemplo. Como então articular os saberes sobre as dimensões do indivíduo? Mas, o que é considerado no conceito de saúde? Este texto irá percorrer algumas dessas temáticas, buscando referenciais históricos e teóricos para a reflexão sobre como os fatores social e subjetivo podem se inserir na prática e no entendimento da saúde e da doença.

As diversas abordagens do processo saúde-doença

Na história da medicina e da saúde, diferentes modelos se ocuparam de explicar os determinantes do processo saúde-doença. Scliar (2002) apresenta um panorama de emergência de diferentes olhares sobre a doença ao longo da história da humanidade, uma trajetória que se estende do mágico/ religioso ao empírico, à consolidação do olhar científico e do olhar social.

Analisando a história desses modelos explicativos, Nunes (2000) discute as diversas formas de incorporação do social nas questões de saúde e doença. Segundo o

autor, com o início da organização do Estado nos países europeus do século XVIII, aparece a necessidade de um conhecimento sistematizado sobre a população, a fim de controlar a vida econômica e social nas cidades. Isso assinala as primeiras relações entre os fatores sociais, as condições de vida e a doença, e desencadeia ações de caráter coletivo e, a partir do que se chamou de polícia médica (Rosen, 1979), coercitivo. No século XIX, grandes descobertas marcam a institucionalização do movimento científico: o desenvolvimento da anatomia e da fisiologia como bases da investigação médica impulsionou o advento da bacteriologia, da descoberta da etiologia de várias doenças e da imunização. Sob predomínio do pensamento positivista e numa visão reducionista de saúde, ganharam ênfase os determinantes biológicos da doença e as ações em saúde passaram a concentrar-se nos aspectos individuais e curativos, alavancando um modelo unicausal como paradigma na explicação da doença. Tal paradigma veio tornando-se hegemônico na área da saúde e ainda se imprime fortemente no modelo médico atual.

A idéia de multicausalidade se desenvolveu em meados do século XX, como um enfoque alternativo para a impossibilidade do modelo anterior de abarcar as complexas e precárias condições de saúde e de vida em que se encontravam a população. Leavell & Clarke (1976) mostraram, com o elaborado Modelo da História Natural da Doença, o que seriam considerados como determinantes das enfermidades: a inter-relação de agente (elementos nutritivos, físicos, químicos ou biológicos), hospedeiro (o ser humano e suas características, como idade, sexo, hábitos) e meio-ambiente (condições externas que afetam a vida, em seus aspectos físicos ou sociais). No entanto, apesar de possibilitar uma análise mais abrangente, o foco na tríade ecológica continuou centrando-se nos aspectos biológicos individuais e manteve à margem a contextualização social, econômica e cultural como elementos inerentes aos fenômenos de saúde e doença. A partir daí, muitas críticas foram feitas ao modelo da história natural, já que o termo “social” aparece, nesse momento, mais como um termo referido ao envoltório de vida das pessoas do que como mecanismo explicativo (Arouca, 1975; Basaglia, 1974).

“Sentia-se que a abordagem dos complexos problemas de saúde, resultado das crises econômicas, políticas e sociais que ocorreram nos países em desenvolvimento no final dos anos 60, não encontrava maiores possibilidades explicativas” (Nunes, 2000: p.220).

Esse também era o momento do desenvolvimento das políticas e Estados de Bem Estar Social. Após a formação das cidades e o aumento da produção industrial, houve pauperização da classe trabalhadora, descontrole das doenças endêmicas e precarização das condições de habitação, visto o crescimento da taxa de migração urbana. Questões sociais precisavam ser incorporadas na atenção à saúde, o que Scliar (2002) denominou como o “olhar social” sobre a saúde.

O capitalismo encontrava-se num momento que precisava combinar lucro com condições adequadas para o consumo da produção. Surge o primeiro modelo de previdência social na Alemanha, copiado e usado por outros países, incluindo o Brasil. Era necessária a exportação das manufaturas a preços baixos para aumentar o consumo, porém, para a obtenção de lucros, a solução foi o rebaixamento dos salários dos trabalhadores. Para não haver reivindicação ou revolta por parte dos trabalhadores, foram propostas garantias de assistência à saúde, habitação gratuita e seguro para a velhice (Scliar, 2002).

Nos países latino-americanos, entre as décadas de 60 e 70, a Medicina Social propôs afirmar o processo saúde-doença como processo social, enfatizando as formas de produção e reprodução social como fatores de tão forte influência quanto as determinações biológicas. Assim, sob o marco teórico do materialismo histórico, a doença passou a ser estudada também do ponto de vista histórico-estrutural – cujo interesse se volta para elementos como classe social, raça, sexo, educação, migração, ambiente de trabalho e redes sociais – e do ponto de vista simbólico, tornando-se freqüentes as pesquisas de caráter antropológico, com foco em percepções, atitudes, crenças e representações sociais, e gerando importantes contribuições para a compreensão do adoecimento a partir do que é vivenciado pelos sujeitos (Nunes, 2000).

A Saúde Coletiva brasileira nasce nos anos 70 sob esse panorama, como uma crítica ao modelo de saúde pública tradicional, marcado principalmente pela postura higienista/ autoritária e por ações coletivas de saúde que, em princípio, visavam o estabelecimento da ordem econômica e social. O movimento da Saúde Coletiva insere o debate sobre a saúde no plano das políticas sociais e enfatiza o processo social na produção de saúde e doença (Carvalho, 2002). Estudos como os de Foucault (2005a [1979]; 2005b [1975]), Canguilhem (1978) e Illich (1975) formularam críticas à

medicalização da sociedade e das formas de controle social através da prática médica, repercutindo na produção brasileira em Saúde Coletiva. Alguns trabalhos citados por Nunes (2000) têm apontado a relevância das representações sociais e do contexto social, como o de Minayo (1991), que aborda o processo saúde-doença como uma expressão das contradições sociais e de luta política.

Outra matriz de conhecimento viria enriquecer o entendimento dos processos do adoecer a partir do advento da psicanálise freudiana no início do século XX. Com Freud, o sujeito passou a ser visto como um ser movido não somente por processos conscientes, mas por uma parte de si que não é conhecida, por desejos e motivações inconscientes que definem posturas e comportamentos sob os quais o sujeito não tem controle. Diversas doenças, antes diagnosticadas como de causa orgânica, passaram a ser tratadas como doenças psicossomáticas, cuja origem estaria ligada à história individual, ao ambiente familiar e a certos traços da cultura. Desenvolveram-se, assim, um modelo interpretativo de conhecimento que busca decifrar a linguagem própria do inconsciente, e também um método terapêutico individualizado, centrado na palavra, na relação transferencial e na interpretação das manifestações do inconsciente (Vasconcelos, 2008). A psicanálise abriu caminho para a emergência de diversas abordagens que, inseridas ou não na tradição médica, se propuseram a pensar o processo saúde-doença a partir das inter-relações entre o psíquico, o social e o biológico, realçando a dinâmica da relação médico-paciente, as relações familiares e as interações entre doença, cultura e sociedade¹⁹.

No entanto, não estamos tratando aqui de um movimento linear, que iria de uma abordagem biológica para uma social e, posteriormente, para uma psicológica ou psicossocial. São modelos de pensamento e formas de entender a saúde que ganharam uma sistematização e força maior em determinada época, de acordo com as condições histórico-sociais, de modo que ora se sobrepunham, ora ganhavam mais ou menos destaque. Trata-se, então, de entrecruzamentos de diferentes linhas (Manzan, 1998) que nos permitem observar o contexto que os precederam e os efeitos desses pontos de encontro. Da mesma maneira, os diferentes marcos teóricos que abordam o processo saúde-doença co-existem e se atualizam nos dias de hoje, gerando maior ou menor influência uns sobre outros.

¹⁹ Para uma descrição sistematizada dessas abordagens, ver Vasconcelos (2008).

Apesar da amplitude gerada por essas diversas abordagens e os efeitos de suas mútuas influências, ainda hoje permanece o paradigma biológico como modelo explicativo hegemônico do processo saúde-doença, que se consolidou na chamada medicina ocidental contemporânea. Trata-se de uma racionalidade que condiciona o modo de atuação nos diversos espaços de assistência à saúde e que conforma um determinado modelo de atenção, não apenas para as práticas dos profissionais médicos, mas para toda a categoria dos profissionais de saúde.

Na história da medicina, os avanços do conhecimento médico e das tecnologias diagnósticas possibilitaram a afirmação de um olhar focado em partes cada vez menores do corpo, o que reduziu a saúde a um funcionamento mecânico: o corpo como máquina em que regem os processos orgânicos (Vaitsman, 1982). Essa racionalidade médica se traduz, ainda hoje, em práticas de saúde que elegem o indivíduo como objeto do conhecimento e da prática médica, e privilegiam a medicina curativa com centralidade na remissão de sintomas. Ainda, há no bojo desse modelo uma tendência à especialização, de forma que o conhecimento e as ações de saúde são focados em partes e funções específicas do corpo humano, aprofundando a divisão do trabalho e a fragmentação dos saberes (Vasconcelos, 2008). Decorre também desse modelo um processo de tecnificação da medicina na atualidade, que estabelece a necessidade de técnicas e aparelhos diagnósticos em sobreposição ao olhar clínico, sob o mito da eficácia e da comprovação científica. Com isso, a concentração dos recursos técnicos tem se instalado nos hospitais e centros de diagnóstico e tratamento especializado, os quais se tornaram *locus* privilegiado para as ações de saúde, tendo o aparato tecnológico como mediador da relação entre médico e paciente.

O que nos interessa destacar é que, na consolidação dessa racionalidade médica, aparece como premissas a busca pela objetivação do sujeito e pela neutralidade na relação médico-paciente, cujo desdobramento é o processo de expropriação da dimensão sócio-cultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde.

Nesse sentido, para entender e operar com o emaranhado de relações que estão presentes no processo saúde-doença, é necessário que a tradição médica e da Saúde Coletiva se abram para o diálogo com outros campos de saber, como a psicologia,

antropologia, a sociologia, cujos instrumentais podem auxiliar na abordagem das questões relativas ao contexto histórico-cultural, às condições sociais e as dimensões subjetivas dos sujeitos e coletivos. Há que se utilizar da contribuição desses saberes na compreensão dos valores culturais e representações, opiniões e crenças sobre saúde e enfermidades; na compreensão da dinâmica familiar, do meio social e da maneira como os sujeitos se inserem no mundo; no entendimento sobre as formas de lidar com a saúde e no apoio à construção de outras formas, diferentes das já estabelecidas; na reconstrução de biografias, de modo que os sujeitos possam buscar novas bases para pensar, sentir e agir. Assim, se tornaria possível questionar a ilusão de verdade dos números, dados, modelos e procedimentos, e situar os problemas na vida das pessoas (Minayo, 2006).

O subjetivo e o social para além do envoltório

Hoje, na tradição da Saúde Pública e Coletiva, ainda os profissionais encontram-se sem arcabouço para lidar com essas questões no cotidiano (Onocko Campos, 2005). As dimensões sociais e subjetivas continuam cindidas no indivíduo doente.

“No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde, aparece a figura do conselheiro: o sujeito com voz. Contudo, Dona Joana tem direitos no Conselho local, e pode ser ouvida enquanto conselheira, mas ela tem pouco a nos dizer sobre a doença de sua filha quando se encontra na fila do Centro de Saúde. Os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto” (Onocko Campos, 2001: p.99).

O sujeito aparece então como cidadão, pois possui a lei como garantia e especificação de seus direitos e deveres, mas na prática, na ação humana, a lei opera à sua forma, pois entram em jogo sentimentos, poderes, desejos, interesses, subjetividades, paradigmas.

Os indivíduos são vistos ainda pelo rótulo da doença que possuem ou até mesmo pela diferença que os marca na relação em sociedade: é o louco, a prostituta, o bêbado, o hipertenso, a gestante. Perdem a qualidade de pessoa, de sujeito possuidor de características, desejos, interesses, dificuldades, potências. Não é mulher, nem homem, é a própria situação que os estigmatiza. Esse fato limita a potência da intervenção, que vai

ter o foco sobre a perspectiva gerada em determinada condição social e não a partir de quem vive de fato, no contexto que dificulta a existência, que impõe o padrão a ser seguido (Goffman, 1988). Então, por exemplo, há palestras em série para adolescentes sobre sexualidade, sem refletir sobre qual o sentido de ficar grávida antes dos 12 anos, como se já, *a priori*, isso merecesse um sermão. Atitudes repressoras com pessoas com sofrimento psíquico, para que não incomodem a ordem local, não mostrem as fragilidades das relações. Cárcere privado aos deficientes mentais, já que não contribuem produtivamente, e a saúde a eles se reduz ao controle da medicação anticonvulsivante.

No cotidiano dos serviços de saúde, podemos observar o quanto uma ação ganha potência e a resolutividade quando se inclui a possibilidade de olhar para o modo como a pessoa vivencia a doença, as relações que a partir daí se estabelecem no meio familiar e social e o significado que ela atribui ao serviço que a recebe e ao tratamento que lhe é oferecido. Quando é possível, por exemplo, entender que as demandas trazidas pela mulher que costumamos denominar “poli queixosa” podem estar muito mais ligadas à um certo vazio de relações ou à uma existência pobre de sentido, do que propriamente aos seus sintomas, dores, insônias. Que os chamados “quadros depressivos” podem estar expressando a desesperança frente ao contexto de desemprego ou precariedade do trabalho. Que a dificuldade em enfrentar determinada doença ou condição de saúde poderá ser mais bem trabalhada ao abordar as maneiras por meio das quais o sujeito pôde e poderá se estruturar na vida.

A influência de fatores subjetivos, sociais e culturais no desenvolvimento dos processos de saúde-doença vem sendo demonstrada por diversas pesquisas (Gomes, 2002; Soares & Camargo Jr., 2007; Traverso-Yépez & Moraes, 2004), tanto no que diz respeito à evolução da enfermidade, quanto no desenvolvimento do auto-cuidado e de modos de vida favoráveis a padrões mais ou menos saudáveis. Na medida em que se insere no imaginário que o sujeito constrói em relação a seu próprio corpo, às suas vivências de prazer e dor, o significado da saúde ou da doença é, sobretudo, moldado pelas experiências subjetivas (Guimarães & Meneghel, 2003). Esses significados atribuídos à doença e ao sofrimento que acompanha seu desenrolar, estão ligados às crenças, valores e juízos, aos aspectos históricos e biográficos, assim como às características de personalidade. A doença pode, por exemplo, ser vivida como castigo,

como crise que representa passagem, como estratégia de sobrevivência frente às adversidades do contexto de vida.

Como afirma Knobloch (2002), as doenças, as formas de adoecer e os sofrimentos ligados a elas são indissociáveis das transformações que configuram o campo social. Para a autora, assim como as épocas mudam, mudam também os problemas, os sofrimentos, as formas de vivenciá-los, e ainda, mudam as soluções encontradas para enfrentá-los.

Nesse sentido, é preciso colocar em análise a emergência, no mundo contemporâneo, de um processo de degradação da sociabilidade, em que assistimos a conformações sociais marcadas pela violência, pela banalização do outro e por restritas trocas sociais (Onocko Campos *et al*, 2007). Atualmente, são intensificadas as situações de extrema miserabilidade e precárias condições de vida em que vive grande parcela da população brasileira. Aumentam os índices de desigualdades sociais, concentração de renda e violência. Convivemos com a banalização de horrores cotidianos cometidos contra os direitos humanos. As variantes do desenraizamento multiplicam-se em diversas direções, a partir do dilaceramento das relações, da precariedade do trabalho, do tipo de organização do espaço urbano e rural, da aceleração do tempo desencadeada pelos meios de comunicação. Para Santos (2002), a proximidade é indispensável na reprodução da vida social. No entanto, a crescente separação entre as classes agrava a distância social, e as pessoas vivem cada vez mais amontoadas em aglomerações monstruosas, mas estão isoladas umas das outras.

Assim, torna-se fundamental para a área da saúde a reflexão sobre as formas de subjetivação co-produzidas nos territórios, principalmente nas regiões periféricas e em grandes centros urbanos, onde persistem os processos de exclusão e desigualdade social. As práticas em saúde devem ser sensíveis às novas configurações de famílias, de grupos e de redes sociais, e, sobretudo, às diversas formas de sofrimento, inscritos ou não no corpo, manifestos ou não na fala dos sujeitos.

Reconhecer a subjetividade no processo saúde-doença significa reconhecer que o limiar entre a saúde e a doença é sempre singular e que, mesmo influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o sócio-econômico, em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual, encarna-se em sujeitos concretos. Assim, a fragmentação e o isolamento social, o empobrecimento dos

laços comunitários, a desestruturação familiar, o imperativo do consumo, a visão do corpo como espetáculo, todos esses processos repercutem na forma que os sujeitos encontram para lidar com as próprias fragilidades e vêm produzindo transformações nos modos de existir contemporâneo, cujas conseqüências se traduzem no aumento da incidência de inúmeras doenças como a depressão, o pânico, a anorexia, a bulimia, no aumento do uso de álcool e outras drogas, e de situações de violência que impossibilitam enxergar o outro como legítimo da convivência.

A co-produção de sujeitos e de autonomia para uma clínica ampliada e compartilhada

Campos (2000a) aponta a necessidade de lidar com a permanente inter-relação das diversas variáveis que influenciam o sujeito ao propor pensar sua constituição a partir de um processo de co-produção entre o interno (imanência relativa) e o externo (transcendência também relativa). O sujeito como *“um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. (...) Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto”* (p.67-68).

Os diversos planos que se interproduzem na constituição dos sujeitos, poderiam ser agrupados em regiões existenciais: uma região de forças imanentes ao sujeito, que comporta os planos internos da estrutura biológica, do desejo e do interesse; uma região de contato do interno com o externo, onde se conformam sínteses entre o sujeito e o seu contexto, em que estariam os planos em que ocorrem a formação de compromisso e a constituição de contratos e projetos; e uma região de forças que incidem do externo sobre o interno, em que os planos das necessidades sociais e o das instituições conformam modos de ser para o sujeito (Campos, 2000a).

O “bem-estar biopsicossocial” dependeria da inserção do sujeito no espaço social, das influências das condições sócio-históricas na existência de pessoas e coletivos, assim como das redes de apoio que ele pode acionar para lidar com esse contexto. Mas

dependeria também do próprio sujeito, sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca.

Destacamos que a saúde não é um estado estático, absoluto, mas um processo dinâmico, que se dá em relação à biografia do sujeito e aos modelos e padrões estabelecidos na história e na cultura. Por isso o conceito de saúde como “bem-estar biopsicossocial” elaborado pela Organização Mundial de Saúde deve ser colocado sempre entre aspas, questionado, relativizado. A saúde não apenas como oposição ou ausência de doença, mas em relação à certa posição anterior do sujeito, que também envolverá toda a situação em que se encontra, sua experiência vivenciada, suas representações, possibilidades e limites sociais.

Para que os profissionais de saúde possam entender e operar com o processo de co-produção dos sujeitos, é necessária uma superação do paradigma biomédico a partir da ampliação do objeto, dos objetivos e dos meios de trabalho em saúde. O conceito de clínica ampliada e compartilhada foi formulado por Campos (2000a; 2003) e vem sendo discutido em diversos trabalhos (Cunha, 2005; Campos, 2006; Onocko Campos & Campos, 2006). A ampliação da clínica pressupõe tanto a incorporação das fragilidades subjetivas e das redes sociais, para além dos riscos biológicos, como a ampliação de seu repertório de ações, que incluiria a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, a fim de potencializar sua capacidade para lidar com os efeitos da inter-relação do que lhe é imanente e do que é transcendente.

Como argumenta Canguilhem (1978), a saúde deve ser pensada como a capacidade de instaurar novas normas frente a situações novas. Saúde como uma capacidade criativa: *"... um sentimento de segurança na vida (...). (...) uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais"* (p. 163). Ou seja, uma concepção de saúde que pressupõe uma posição ativa do sujeito, uma potência para inventar estratégias de sobrevivência frente às condições de seu contexto.

Maiores graus de autonomia e as redes de dependência

De acordo com Onocko Campos & Campos (2006), o conceito de autonomia não se confunde com independência ou liberdade absoluta, ao contrário, se refere à capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto, lidando com sua rede de dependências. Isso porque a vida em sociedade implica sempre em heteronomia: a existência de leis, regras e princípios dados pelo coletivo, aos quais temos que nos submeter, sem o que uma sociedade não se sustentaria. Porém é possível questioná-los, inventar outros, se posicionar frente às regras sociais. A autonomia é definida, então, sempre de forma relativa à heteronomia, se dando sempre em graus ou coeficientes.

Além disso, o desenvolvimento de maiores graus de autonomia não depende apenas do indivíduo, mas de uma série de fatores que se agrupam em co-produção. Resultaria do inter-jogo das condições externas ao sujeito, como a cultura, o contexto político, as organizações e instituições nas quais está inserido, das micro-relações e de características do próprio sujeito, como sua capacidade para elaboração de interpretações e posicionamentos críticos sobre seu contexto, sua capacidade de lidar com conflitos e estabelecer contratos e compromissos com outros sujeitos.

Mas por que o desenvolvimento de autonomia é tão importante para a saúde? Pensemos na questão da obesidade, um dos problemas de saúde de enorme incidência na atualidade. Como tratá-la sem considerar nossa imersão na cultura do consumo, que a todo instante nos impõe substituir uma alimentação natural por pacotinhos prontos, quase sempre tão coloridos e convidativos quanto carregados de gorduras e calorias? Como interferir em hábitos ou modos de vida sem desenvolver com os sujeitos o auto-conhecimento e a capacidade de refletir e agir nesse contexto? Ou sem trabalhar a auto-estima da pessoa obesa e as possibilidades de cuidar melhor de si mesma? Só será possível ampliar a eficácia e a potência das práticas em saúde se formos capazes de negociar com os sujeitos a construção de novos modos de vida para si, apoiando-os no enfrentamento de suas resistências e na constituição de novas formas de posicionamento frente ao seu contexto. A autonomia se cria exercendo-a, o que pressupõe que, de certa maneira, ela preexiste a ela mesma (Castoriadis, 1992). Trata-se aqui de um caso emblemático, mas poderíamos pensar que quaisquer doenças ou situações de saúde irão

requerer que os sujeitos exercitem sua capacidade de lidar com limitações e adversidades. O cuidado estará em não sermos reprodutores de uma lógica que responsabiliza o sujeito individualmente pela sua condição, invertendo e reformulando os processos de educação em saúde centrados na palestra não-dialogada e cheia de ordens a serem cumpridas, como se só o profissional de saúde tivesse voz e soubesse como é possível se livrar de um problema, com falas que adentram mais a ética moral e de princípios e não a contextual (Alves, 2008).

Ao destacar a autonomia como elemento central na co-produção de saúde, estamos reafirmando o papel ativo dos sujeitos na invenção de novas possibilidades de vida, recolocando-os como protagonistas na gestão de si mesmo e na sua relação com suas próprias fragilidades. Isso não significa supervalorizar a potência do humano e desconsiderar a existência de limites individuais e sócio-culturais, nem quer dizer que os sujeitos devam se responsabilizar sozinhos. Ao contrário, ao enfatizar a co-produção de autonomia como uma finalidade das práticas em saúde, convocamos a responsabilização dos profissionais na constituição de novos padrões de relação com os sujeitos e coletivos, apoiando as pessoas no lidar com as próprias limitações e interferindo, de fato, no curso e na qualidade da vida. Sobretudo, se tomarmos a co-produção de saúde e de autonomia como processos sempre imbricados, teremos como desdobramento a necessidade de construção de uma clínica ampliada e compartilhada, sensível à complexidade das dimensões do humano e aberta à participação dos sujeitos na elaboração de escolhas e projetos.

Pois ao enfatizarmos a autonomia, colocamos em questão como vem sendo entendido o conceito de dependência. Hoje esse é um termo visto no sentido negativo, pois depender significa ser incompleto – um dos valores nada ressaltados pela nossa sociedade. Há uma separação entre o sentido público e privado dessa palavra (Sennett, 2004). Na vida privada, é a dependência que une as pessoas. Uma criança seria incapaz de crescer se não fossem seus cuidadores. Um casal não se relacionaria se não fossem seus afetos. Na esfera pública, contudo, a dependência entra como vergonha, como se as redes se formassem por compaixão ao outro e fosse indicativo de fracasso no mundo competitivo.

A autonomia envolveria a capacidade de entender e tratar os outros de forma diferente de si mesmo, compreendendo que a distinção confere autonomia a si e aos outros (Sennett, 2004). Então além de pensarmos em nós mesmos, implicaria pensar no outro para ser autônomo, num processo de identificação e diferenciação. Por isso a necessidade de pensar e viver em heteronomia. O ser é enquanto alteridade (Castoriadis, 1992).

“Os sujeitos só se constituem frente ao Outro, em um dado contexto, isto é, assumir o caráter inexoravelmente intersubjetivo da construção de nossas identidades pode nos ajudar a conceber novas estratégias e técnicas de atuação” (Ayres et al, 2003: p.137).

Castoriadis (1992) argumenta que para a intervenção em saúde, precisamos considerar o indivíduo que chega até nós, que é quem nos conta de suas experiências e interpretações. Então, lidamos a todo tempo com o visível e o invisível, pois é o outro que nos diz dos seus significados e a nós fica a capacidade emergente de acolher o “sentido refletido”. O sujeito humano é caracterizado pela reflexividade, vontade e capacidade de ação deliberada. A finalidade da intervenção em saúde é fazer o advir na produção de subjetividade, ou seja, o que farão as pessoas envolvidas dos sentidos, significados e contexto em que vivem?

Essa perspectiva do conceito de alteridade não nos retira, enquanto pessoas viventes na sociedade e profissionais da saúde, da responsabilidade sobre a situação que se encontra uma pessoa ou indivíduo. Não consideramos que só a perspectiva do outro deve ser olhada, ao contrário, seria a composição dos outros diversos fatores, entre eles os abordados nesse texto, para o encontro profissional-usuário. Isso irá dizer da ação a ser feita e do olhar sobre o adoecimento e o sofrimento.

Olhar para as situações de vulnerabilidade em que vivem os sujeitos

Abordamos então, até este momento, a idéia que para a superação do paradigma biomédico e a incorporação dos fatores sociais e subjetivos no processo saúde-doença, alguns conceitos e pressupostos devem ser discutidos. A noção de sujeito, de clínica, autonomia, alteridade.

Uma outra categoria que tem sido útil para pensar e operar na saúde é o conceito de vulnerabilidade. Segundo Castel (1995), as pessoas vivem em zonas de maior ou menor vulnerabilidade social, de acordo com a existência e suporte oferecido pela rede social e a inserção ou não no mercado de trabalho, e isso configuraria formas de existência no espaço/ num território. Ou seja, alguém com uma rede frágil ou uma inserção precária no mundo do trabalho estaria em uma situação de vulnerabilidade, ao contrário de alguém que possui garantias de um trabalho permanente e suportes relacionais sólidos, que estaria numa condição nomeada por ele de integração. Para pensar uma das questões sociais – a saúde – temos como um dos fatores a inserção ou não dessa pessoa na sociedade e como está constituída sua rede social. A situação em que a pessoa se encontra é de vulnerabilidade?

O uso do termo ‘vulnerabilidade’ para pensar a questão saúde teve emergência na construção de respostas à epidemia de AIDS/HIV, sendo um importante passo para afirmação de propostas interdisciplinares e à busca de direitos humanos aos portadores de AIDS/HIV, através de luta política e movimentos sociais. Uma das razões para o uso do conceito na saúde foi a percepção de que a epidemia respondia a ações que iam bem além da ação patogênica de um agente viral específico (Ayres *et al*, 2003), numa perspectiva ampliada e reflexiva, incluindo fatores culturais, econômicos, políticos. Tal interseção leva o conceito a ser discutido nas particularidades da prática em saúde e, principalmente, na Saúde Coletiva.

A origem do conceito ‘vulnerabilidade’ remonta ao direito internacional, que designa que vulneráveis seriam os grupos e as pessoas fragilizados na garantia jurídica de seus direitos enquanto homens e cidadãos (Alves, 1994, citado por Ayres *et al*, 2003). Ayres *et al* (2003) fazem um interessante desenvolvimento histórico do conceito na área da saúde, na atenção clínica e na epidemiologia. O entendimento do que é uma situação de vulnerabilidade vem na tentativa de superar a lógica do risco, em que se teria agente patológico e doença como causa e efeito, e conseqüentemente, grupos de risco – pessoas

que são mais expostas, por isso mais suscetíveis. A lógica do risco faz com que se responsabilize apenas o indivíduo pela sua condição, numa abordagem de “controle de comportamentos” e isolamento social, que produzem em grande escala estigma e preconceito.

As estratégias de redução de danos entram em foco no sentido de conscientizar a população e estimular o uso de estratégias para minimizar o risco de contaminação de doenças e possibilitar outras ações que não as proibitivas.

Quando a epidemia de AIDS ganhou proporções sem fronteiras entre países e, principalmente, sem distinção de classe social, começaram a ter espaço as proposições de alcance social e estrutural, com pressão à participação das organizações e instituições como agentes de mudança. E foi nesse momento que a palavra ‘vulnerabilidade’ entrou em cena, tentando agregar os múltiplos fatores que poderiam contribuir para a infecção e o adoecimento na elaboração de ações e intervenções (Ayres *et al*, 2003). Então, buscava-se superar a lógica probabilística do risco, sem prescindir-la, particularizando relações parte-todo ao indivíduo em determinada condição, fazendo análise de suas mútuas interferências.

Portanto, é diferente dizer que uma pessoa tem maior risco de adoecer, pois está mais ou menos exposta, de que uma pessoa está em situação de vulnerabilidade, o que co-responsabiliza os que fazem parte do contexto. Com isso, para análise das situações de saúde, temos elementos que vão desde componentes individuais (como o modo de vivenciar a doença que pode estar intensificando a situação ou favorecendo seu enfrentamento, a capacidade de elaboração das informações, o risco de adoecer, etc), até os componentes sociais (a disponibilidade e acesso às informações e recursos, influências mercadológicas, interesses políticos, possibilidade de inserção no mercado de trabalho, inserção das diferenças, rede de apoio social, etc).

De nada adiantaria dizer que determinada comunidade não cuida de possíveis criadouros do mosquito da dengue, se não se considerar qual o sentido dessa ação para as pessoas, qual o costume e tradição em organizar o espaço, quais condições de moradia e saneamento, qual o valor e importância em cuidar do espaço em que se vive. Pouco resolverá cuidar de uma infecção ginecológica, se não houver intervenção nas situações de violência sexual que uma garota pode estar enfrentando em seu domicílio, saber da sua

vivência e construir com ela a melhor resolução. Haverá pouca efetividade em organizar um grupo de “desnutridos” e focar o ganho de peso das crianças, se não houver uma garantia social mínima de que o benefício do leite não terminará quando o bebê ganhar peso, já que muitas vezes ele representa uma importante contribuição na alimentação da casa; se não se considerar outras possibilidades para que a mãe lide com as adversidades da vida. Analisar quais são os fatores que levam um homem a usar drogas, ou chefiar o tráfico, considerar como se dá sua inserção e status social no grupo/ na comunidade, pois pode ser a maneira encontrada para afirmar sua identidade e capacidade num contexto que lhe abre poucos caminhos. Como diria Basaglia (1985), ao profissional da saúde, que é quem também determina o que é saúde, cabe olhar a doença entre parênteses, considerar o sujeito, sua história, suas representações e contexto.

O trabalho em rede e o trabalho em equipe

Questões ligadas ao subjetivo e ao social atravessam a todo tempo a prática em saúde e o raciocínio sobre o processo saúde-doença. O uso da palavra “atravessam” é constante porque essas questões ainda não são entendidas como pertencentes à prática em saúde. São entendidas como do campo do jurídico/ da lei, da assistência social ou da psicologia e não como elementos intrínsecos ao próprio processo de sociabilidade e da existência humana. Então, ao invés de incorporar na consulta médica a conversa sobre a ansiedade ou a tristeza que o Sr. João vem sentindo, ao mesmo tempo em que se fala de sua tosse, remédios e exames. Quando dimensões sociais ou psicológicas são consideradas relevantes, em geral, são oferecidas outras alternativas de atendimento. Uma conversa sobre a necessidade de se procurar um psicólogo, ou o serviço social, como se o profissional o convencesse de que seu problema é realmente grave. O profissional teme o aparecimento dessa face das questões do viver. Teme que tenha que entrar em contato com o fato de que um bebê continuará desnutrido porque não tem o que comer. Ou porque sua jovem mãe mal consegue cuidar de si mesmo. Como ele garantirá a eficácia dos medicamentos e o discurso de “quem quer se cuidar, se cuida”?

Vemos cotidianamente problemas e entraves com o sistema de referência e contra-referência nos serviços. Um serviço precisa do olhar do outro, mas o que vemos é

que assim que alguém é encaminhado, desresponsabiliza-se pelo seu caso, e o paciente passa a ser de outro lugar, saindo da lógica de territorialização prevista no SUS, do cuidado longitudinal e da criação e possibilidade de vínculo entre profissional-usuário.

Por exemplo, um usuário hipertenso é acompanhado na Atenção Básica, mas o médico que o atende precisa saber se ele não possui uma doença cardíaca mais grave, pois ele apresenta alguns sintomas que não correspondem à hipertensão somente. Porém, o paciente é encaminhado a um serviço especializado que pouco sabe sobre seu histórico clínico e de tratamento. Ele é atendido e voltará à unidade básica se for um paciente que já possui vínculo com seu médico, senão continuará a ser atendido na especialidade, por escolha de um serviço que foi resolutivo na identificação de uma doença específica. Os dois serviços pouco conversam. Os dois profissionais pouco conversam. É a lógica do privado atuando no público, como se o usuário comprasse e utilizasse o serviço que melhor lhe convém e não a resolutividade e potência de ambos no momento certo.

Outro exemplo de falta de comunicação entre os serviços: uma criança chega para atendimento com o pediatra e a mãe reclama que na escola queixam-se demais, pois o filho não se comporta e não realiza as tarefas estabelecidas. Facilmente essa criança será diagnosticada pela equipe como portadora de transtorno de hiperatividade, como vemos muitas vezes acontecer nos serviços de saúde. Pouco a equipe saberá como é de fato essa criança na escola e como a escola vem ensinando seus alunos e entendendo suas necessidades. Ou, por exemplo, a equipe, em visita domiciliar, identifica uma família em que a mãe agride os filhos. Primeira idéia: passar, literalmente, o caso para o conselho tutelar: eles que resolvam, talvez encaminharão os filhos para adoção, seria uma boa solução aos olhos do senso comum? Muitas vezes até mesmo dentro da equipe ocorre essa desresponsabilização. O usuário chega com queixa de dores nas costas e, durante a consulta, fala que anda muito preocupado, estressado, e que por isso briga com a esposa sempre. Pronto: já será encaminhado para a psicologia e equipe de saúde mental.

Para apoiar a reflexão e a modificação desse modo de atuar em saúde, temos trabalhado na lógica de Equipes de Referência e Apoio Matricial, e através da

composição de Projetos Terapêuticos Singulares²⁰. São conceitos importantes para analisar e intervir em situações semelhantes às relatadas, que estão sendo experimentados no cotidiano das práticas assistenciais e de ensino, visto que são arranjos e dispositivos para lidar com questões emergentes no modo de produzir saúde atual.

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito individual ou coletivo. É um dispositivo que envolve o desenvolvimento de uma clínica que valoriza aspectos além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento. Mas implica também no modo institucional de operar nos serviços, pois a construção de um projeto terapêutico deve ser resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, pressupõe formação de vínculo com o usuário, bem como a participação dele na formulação e andamento do tratamento e responsabilização profissional.

É na importância do vínculo entre profissionais e usuários que o conceito Equipe de Referência está fundamentado. A relação terapêutica longitudinal como linha reguladora do processo de trabalho permite que os profissionais acompanhem o processo saúde/doença/intervenção de cada usuário (Campos, 1999). Gradativamente, isso estimula a responsabilização pela produção de saúde, pois quando o usuário passa a ter um nome e uma história, a implicação da equipe aumenta e as respostas profissionais poderão não ser estereotipadas (Onocko Campos, 2003).

A idéia é que um ou mais profissionais se aproximem de maneira especial de certo número de usuários e responsabilizem-se pelo acompanhamento e resolutividade dos casos (Furtado & Miranda, 2006; Campos, 1999). Isso faz com que o profissional e a equipe conheçam na singularidade o modo de viver do sujeito, sua história de vida, os sentidos e significados no adoecimento, participando ativamente e colocando-se como co-responsável pela cura e resolução do que o aflige.

1. ²⁰ Para um aprofundamento da discussão sobre esses conceitos, dispositivos e arranjos, ver os capítulos 8 deste livro “Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. **Gustavo Nunes** e suas referências.

Diferentes profissionais devem compor uma Equipe de Referência, para que entre eles possa haver compartilhamento de saberes em seus núcleos e campos de atuação²¹, reforçando o poder interdisciplinar (Campos, 1999; 2003). Isso exigirá que a equipe se encontre para construir os projetos terapêuticos e se enxergue como co-responsável pela sua elaboração e desenvolvimento das ações propostas, sempre em conjunto com o usuário.

Para superar a lógica do encaminhamento seguido de desresponsabilização, é necessário, além disso, reorganizar a forma de contato entre as áreas especializadas e os profissionais das Equipes de Referência. No arranjo Apoio Matricial, os profissionais das áreas especializadas fazem parte de um eixo matricial, oferecendo suporte técnico especializado às equipes. A partir de discussões clínicas conjuntas, apoio para a construção de projetos terapêuticos ou mesmo intervenções conjuntas concretas com as equipes (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a complexidade da vida dos sujeitos.

O trabalho na lógica matricial permite distinguir as situações individuais e sociais que podem ser acompanhadas pela Equipe de Referência, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada, a ser oferecida na própria unidade básica pelos profissionais matriciais ou, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade, pelos serviços especializados ou por outras instâncias sociais como conselho tutelar, assistência social, etc. Pretende-se, com isso, romper com a prática usual dos encaminhamentos indiscriminados e produzir co-responsabilização entre Equipe de Referência e profissionais matriciais, de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito com outra lógica: a do diálogo entre os serviços e os profissionais.

“Uma observação importante, e que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente

²¹ Os conceitos de campo e núcleo de competências e responsabilidades foram desenvolvidos por Campos (2000b) para distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão (núcleo), dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde (campo). Haveria uma sobreposição de limites

da Equipe de Referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de Projetos Terapêuticos que não são executados apenas pela Equipe de Referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a Equipe de Referência” (Campos, 1999: p.396).

Os casos são encaminhados, mas a partir de um olhar coletivo aos objetivos desse encaminhamento, a partir do projeto construído em equipe e com o usuário. Os profissionais podem se utilizar de espaços coletivos de maneira geral para elaborar o projeto terapêutico e desencadear as ações. Então, se é necessário saber na escola como anda o aluno, é preciso marcar uma reunião, ou mesmo uma conversa ao telefone com a professora pode ser suficiente. Com o conselho tutelar, uma reunião para discussão dos possíveis encaminhamentos, sem desconsiderar os diversos fatores envolvidos numa agressão familiar, e não só a questão moralista do certo e do errado. Uma conversa e negociação com o próprio usuário sobre como poderá ser conduzido seu caso.

Na prática de saúde, olhar para outros aspectos não tradicionais/ não hegemônicos implica trabalhar com outros equipamentos e instituições. O serviço de saúde (ou de doença) não dará conta da totalidade humana e seria interessante se apoiar em outras equipes e articular saberes tanto para conhecer outros âmbitos da vida do indivíduo, como para tentar compor uma ação com outros núcleos de saberes. Por isso, olhar para o comportamento de uma criança, exige que tenhamos um mínimo de contato com a professora. Se a equipe quer ampliar o conhecimento sobre a cárie dental, a estratégia pode ser fazer uma parceria nas escolas e aproveitar os professores como multiplicadores do conhecimento com as crianças.

No entanto, observamos que o trabalho em rede ainda é mais valorizado quando se trata de outros equipamentos de saúde, do em relação aos demais, de outras áreas, existentes no território. Quando se pensa em rede na saúde, ainda entra em foco o hospital, o ambulatório, os centros de saúde, os centros de atenção psicossocial. Então, uma equipe dialoga mais facilmente com uma outra equipe de saúde do que com a Ong

entre cada especialidade e cada prática de saúde, sendo o campo este espaço de interseção entre as diferentes áreas.

educativa do bairro, com a delegacia de polícia, com a escola, com a fábrica. Ainda há desistências e resistências a montar um projeto assim.

Outra questão é que a intersectorialidade vem à tona e já é discutida atualmente no momento da elaboração de políticas sociais, pela importância dos diversos setores da sociedade nessa composição. Porém, ainda numa lógica do olhar sobre o “macro”, sobre o que é público e sobre a garantia de direitos. Não estamos desconsiderando a relevância desse movimento e da pauta nesse âmbito, que é muito importante para a consolidação de consensos e paradigmas. Mas queremos chamar a atenção sobre como ainda é difícil integrar uma prática intersectorial no “micro” das relações, no contato com o usuário, na elaboração de um projeto terapêutico, no raciocínio clínico, na elaboração de ações de saúde na unidade local, entre outros encontros. Executar trabalho em rede exige sair da lógica do atendimento individual e curativo através de medicamentos. É acreditar que as respostas podem também ser construídas pelas pessoas envolvidas na situação. É apostar que falar com alguém sobre suas idéias tem validade para compor e entender o contexto que se encontram as pessoas. A rede pressupõe o olhar para a dependência e autonomia, saber popular,, senso comum, saberes científicos, núcleo e campo profissionais. É construção coletiva. O atendimento clínico a um morador de rua pode exigir a realização de parcerias com entidades assistenciais locais para garantir, por exemplo, o abrigo quando chove; para que não piore a tuberculose ou o surto psicótico no final de semana. O atendimento a uma criança que tem recorrentes pneumonias pode ser abordado de uma outra forma se a equipe local tiver uma relação com a equipe do pronto-socorro, que atende todo final de semana, consolidando dois atendimentos distintos e paralelos, e não convergentes e sob um único projeto. Se uma equipe tem vínculo com esses usuários, por que deixar que o território e as pessoas que nele habitam “se arranjam sozinhos”, se ela pode ser um facilitador nesse processo? O olhar e a ação intersectorial implicam um novo paradigma de gestão e atenção em saúde (Londrina, 2008).

Mas por que mesmo falar disso tudo? Tentamos apontar alguns caminhos para que as dimensões do subjetivo e do social não se descolem do cuidado à saúde. A doença não pode ser vista enquanto existente por ela mesma. Ela “habita” um corpo. Corpo que está num contexto, num território e que através da doença ou adoecimento também comunica algo, uma composição social, uma relação societária e de co-produção. Ao invés de

somente medicalizar ou curar, é preciso olhar para o que a doença e a saúde representam, o que dizem do espaço vivido, da dinâmica social e individual.

Procuramos tocar em alguns pontos para debater sobre o social e o subjetivo no processo saúde-doença. Um debate que ganha palco num momento de desigualdades sociais crescentes, de uso autoritário do poder e de cadeias de controle tão sutis que comandam a existência e ditam as normas, o que é bom, o que é mau, o que deve existir ou não... Mais do que entender esses outros elementos – o social e o subjetivo – como envoltórios, como pensavam Basaglia (1974) e Arouca (1975), é preciso analisar que eles co-existem na produção da saúde e da doença. O desafio está em incorporá-los na prática clínica, na prática em saúde.

Bibliografia

Alves, R. *Ética de princípios*. Jornal Folha de São Paulo, publicado em 04 de março de 2008.

Arouca, A.S.S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado. Campinas: FCM/ UNICAMP, 1975.

Ayres, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. RJ: Fiocruz, 2003. p.117-140.

Basaglia, F. *O homem no pelourinho*. 1974.

_____. *et al.* *A instituição negada*. RJ: Graal, 1985.

Campos, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G.W.S. *et al* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. SP: Hucitec/ RJ: Fiocruz, 2006.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G.W.S. (org). *Saúde Paidéia*. SP: Hucitec, 2003.

_____. Um método de análise e co-gestão de coletivos. SP: Hucitec, 2000a.

_____. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco*. v.5, n.2.: p.219-230, 2000b.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco*, v.4, n.2: p.393-403, 1999.

Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. RJ: Forense-Universitária, 1978.

Carvalho, S.R. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese de doutorado. Campinas: FCM/ UNICAMP, 2002.

Castel, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, A. (org). *Saúde e Loucura 4*. SP: Hucitec, 1995.

Castoriadis, C. *As encruzilhadas do labirinto III: O mundo fragmentado*. RJ: Paz e Terra, 1992.

Cunha, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. SP: Hucitec, 2005.

Foucault, M. *Microfísica do poder*. 1979. SP: Paz e Terra/ RJ: Graal, 2005a.

_____. *Vigiar e punir*. 1975. RJ: Vozes, 2005b.

Furtado, J. & Miranda, L. O dispositivo 'técnico' de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise Winnicottiana. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX: p.508-524, 2006.

Goffman, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. RJ: LTC, 1988.

Gomes, L. *Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ENSP, 2002.

Guimarães, C.F. & Meneghel, S.N. Subjetividade e Saúde Coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. In: *Revista Mal-estar e subjetividade*. v.3, n.2: p.353-371, 2003.

Illich, I. *A expropriação da saúde: gênese da medicina*. RJ: Nova Fronteira, 1975.

Knobloch, F. *Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento*. Tese de doutorado. São Paulo: Psicologia Clínica/ PUC, 2002.

Leavell, H. & Clarke, E.G. *Medicina Preventiva*. SP: McGraw-Hill do Brasil MEC, 1976.

Londrina. Rede Unida. *A intersetorialidade na Rede Unida*. Artigo disponível em http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp. Londrina, Paraná. Acesso em março de 2008.

Manzan, R. *Escrever a clínica*. SP: Casa do Psicólogo, 1998.

Minayo, M.C.de S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos, G.W.S. *et al* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. SP: Hucitec/ RJ: Fiocruz, 2006. p.201-230.

_____. Um desafio sociológico para a educação médica. Representações sociais de saúde e doença. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.15, n.1: p.1-32, 1991.

Nunes, E.D. A doença como processo social. In: Canesqui, A.M. (org). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. SP: Fapesp/ Hucitec, 2000. p.217-229.

Onocko Campos, R. O encontro trabalhador usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: *Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco*. v.10, n.3: p.573-583, 2005.

_____. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos, G.W.S. (org). *Saúde Paidéia*. SP: Hucitec, 2003. p.122-149.

_____. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: *Saúde em Debate*. v.25, n.58: p.98-111, 2001.

_____. *et al*. *Salud Colectiva y psicoanálisis: una retomada teórica desde las prácticas de salud en lo contemporáneo*. Comunicação pessoal, 2007.

_____. & Campos, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G.W.S. *et al* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. SP: Hucitec/ RJ: Fiocruz, 2006. p.669-688.

Rosen, G. *Da polícia médica à medicina social*. RJ: Graal, 1979.

Santos, M. O lugar e o cotidiano. In: *A natureza do espaço*. SP: Edusp, 2002.

Scliar, M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. SP: Senac, 2002.

Sennett, R. *Respeito: a formação do caráter em um mundo desigual*. RJ: Record, 2004.

Soares, J.C.R.S. & Camargo Jr., K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v.11, n.21: p.65-78, 2007.

Traverso-Yépez, M. & Morais, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. In: *Cadernos de Saúde Pública*. v.20, n.1: p.80-88, 2004.

Vaitsman, J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury, S. (org). *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. RJ: Relume-Dumará, 1982. p. 157-173.

Vasconcelos, E.M. *Abordagens psicossociais. História, teoria e trabalho no campo*. Volume I. SP: Hucitec, 2008.

Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde

Adriano Massuda

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados à natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comidas puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje (Rosen, 1994).

Resumo

O presente artigo tem por objetivo discutir o modo de produção das práticas de saúde coletiva realizadas na APS, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), diante das necessidades e dos problemas de saúde contemporâneos. Apresentam-se pressupostos, conceitos, arranjos e dispositivos que tem por objetivo auxiliar a construção de modos de produção de práticas de saúde coletiva que ampliem a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos sobre a realidade em que estão inseridos. Para tanto, utiliza-se o referencial desenvolvido pelo campo da Saúde Coletiva, incorporando de maneira crítica a tradição da Saúde Pública, em particular o método da Roda (Paidéia) desenvolvido por Campos (2000).

Necessidades de saúde contemporâneas e as práticas clínico-sanitárias

O atendimento a necessidades de saúde contemporâneas têm desafiado o modo de produção das práticas em saúde realizadas nos serviços e sistemas de saúde. As intervenções clínico-sanitárias tradicionais que foram capazes de controlar doenças e epidemias, prolongar a vida e aliviar a dor, mostram-se insuficientes ao lidar com as demandas que se apresentam à saúde no contemporâneo. Esse fenômeno tem gerado

tensão cotidiana entre gestores, trabalhadores e usuários e constitui-se num desafio a ser enfrentado pelos atores envolvidos com a formulação de políticas de saúde.

Um dos desafios das práticas em saúde coletiva na APS é lidar com as profundas transformações sociais que tem ocorrido no mundo contemporâneo e que tem provocado importantes mudanças no modo de vida das pessoas. Hobsbawm descreve as mudanças sócio-culturais ocorridas a partir do quarto final do século XX como o “*triumfo do indivíduo sobre a sociedade, caracterizado pelo rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em texturas sociais*” (Hobsbawm, 2003). Entretanto, novos modos de relação social têm sido estabelecidos sob a influência da ordem econômica capitalista, que penetram nas mais diferentes formas de atividade humana (Mesários, 2007). Morin, por sua vez, chama atenção para a complexidade dos processos de produção dos fenômenos sociais contemporâneos, caracterizados por serem determinados por uma multiplicidade de fatores que se relacionam de maneira sistêmica (Morin, 1994, apud Campos, 2006).

Ao analisar o impacto das transformações que ocorrem no mundo contemporâneo na vida das pessoas, Milton Santos descreve que a produção de fenômenos sociais ocorre em velocidade jamais vista na história da humanidade, caracterizando o mundo contemporâneo como: “*o mundo da fluidez, da vertigem da velocidade, da banalidade do movimento*”. Segundo o autor, esse novo contexto tem provocado a re-descoberta de uma nova corporeidade em que “*encontra-se no ser humano, o corpo como uma certeza materialmente sensível, diante de um universo difícil de apreender*”. Nesse sentido, para Santos só é possível compreender o impacto das mudanças sociais correlacionando dialeticamente questões globais, que afetam o mundo, com os seus significados particulares, produzindo sínteses singulares, sendo no lugar, espaço de intersecção entre território e sujeito, onde estas sínteses se produzem e se manifestam (Santos, 2001).

As transformações sociais que marcam o mundo contemporâneo têm produzido novas subjetividades e conseqüentemente conformado novos modos das pessoas verem e viverem a vida, criando novas demandas em saúde e diferentes formas de relação com os processos de saúde e doença. Por outro lado, os fenômenos sociais como desemprego estrutural, precárias condições das habitações nos grandes conglomerados urbanos, mudanças nos padrões de sexualidade, re-organização da estrutura familiar, novos papéis

assumidos pelas mulheres na sociedade, entre tantos outros eventos que fazem parte do mundo contemporâneo, relacionam-se de maneira complexa com a re-emergência de epidemias como a dengue, o aumento de doenças crônico-degenerativas, de problemas de saúde mental, do alcoolismo e drogadição, assim como do isolamento social na velhice, das seqüelas de acidentes de trânsito, violência e uso de armas de fogo, etc.

As práticas clínico-sanitárias, entretanto, têm se demonstrado insuficiente para lidar com o novo perfil de demandas. Existem evidências de que os profissionais de saúde, de uma maneira geral, encontram dificuldades para lidar com a necessidade de mudança nos modos de vida das pessoas, seja para o cuidado de doenças crônico-degenerativas, seja para prevenção de epidemias, ou para garantir segurança sanitária de produtos e serviços oferecidos à população. Verifica-se, ainda, que o modo de produção tradicional das ações em saúde apresenta limitações para compreender a multiplicidade de fatores envolvidos na produção do processo saúde e doença e conseqüentemente formular propostas terapêuticas eficazes e eficientes.

Ao estudar os limites do modelo bio-médico para enfrentar os problemas de saúde contemporâneos, Tesser & Madel (2000) têm revelado a existência de uma “*crise de harmonia clínica*” em razão das tensões ocorridas na relação entre profissionais e usuários cotidianamente nos serviços de saúde. Mion Jr e cols. (2001) demonstraram que uma das maiores queixas apontadas por médicos brasileiros no tratamento da hipertensão é a baixa adesão dos pacientes. Por outro lado, as dificuldades para enfrentar problemas de saúde mental e as conseqüências da violência urbana, demandas cada vez mais prevalentes na APS (Lima, 1999) tem sido uma importante causa de estresse emocional para os profissionais (Sindimed, 2007).

Assim como na clínica, as práticas sanitárias (coletivas) também têm demonstrado pouca eficácia para lidar com problemas de saúde contemporâneos, a exemplo da dificuldade para controlar epidemias re-emergentes como a dengue nas grandes e médias cidades (Tauil, 2002), ou para realizar ações de vigilância que garantam qualidade sanitária de produtos e serviços oferecidos à população (Piovesan, 2005).

Diante dos limites e dificuldades das práticas clínico-sanitárias, faz-se necessário a construção de novos referenciais teóricos capazes de re-configurar o campo da saúde,

atualizando-o face às evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as práticas (Paim & Almeida Filho, 1998).

Um dos exemplos mais significativos que evidenciou os limites das práticas clínico-sanitárias e que têm levado a produção de novas práticas foi a epidemia de AIDS. A identificação do vírus e a produção de medicamentos anti-retrovirais foram condições importantes, mas não suficientes para controlar a doença. Tão pouco a realização de campanhas educativas voltadas para grupos de risco demonstrou-se eficaz para prevenir a epidemia.

Para aumentar a adesão dos portadores do vírus da AIDS a um modo de vida saudável foi necessário individualizar as orientações terapêuticas (Figueiredo, 2001). Para alcançar maior eficácia nas campanhas de prevenção, Ayres (2002) sistematizou alguns aprendizados com a experiência brasileira nas últimas duas décadas: *“a) que devemos pensá-las menos em termos de “grupo populacionais” e muito mais no que podemos chamar de “contextos de intersubjetividade”, isto é, delimitar espaços (sociais, culturais etc) de interação geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, os contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades; b) a efetiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipadora em nossas práticas educativas; c) não centrar as políticas, programas e ações nos grupos ou comportamentos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais e suas interdependentes e cambiantes identidades”*.

Onocko Campos e cols. (2008) têm contribuído com esse debate discutindo a combinação de categorias da Saúde Coletiva e da Psicanálise: *“Construiremos combinaciones (deseables o indeseables) de conceptos, en potencial operación en nuestras políticas públicas. Con ellas deseamos enfatizar la potencialidad de enriquecimiento de nuestras prácticas políticas y sanitarias que conseguiríamos si fuéramos capaces de aproximar esos conceptos provenientes de dos tradiciones diferentes. Psicoanálisis y salud colectiva se tornan más potentes juntas y una puede contribuir para modificar a la otra.*

Campos, por outro lado, sugere reconstruir as práticas de saúde a partir da análise da co-produção singular do processo saúde e doença. Segundo o autor, *“supondo haver*

uma co-produção dialética multifatorial na gênese dos acontecimentos e do modo de ser e de funcionar dos sujeitos e das suas organizações (...) o cruzamento da influência de múltiplos fatores, que ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores/sujeitos envolvidos nessa mistura que é a vida”. Nessa perspectiva, o autor propõe o método Paidéia como recurso para reformulação ampliada do trabalho em saúde a partir da ampliação do envolvimento dos sujeitos, tanto na clínica, quanto na saúde coletiva (Campos, 2006).

Práticas de saúde coletiva na APS

Diante do contexto de necessidade de construção de novas práticas em saúde, a APS tem se constituído num cenário privilegiado de construção de estratégias para enfrentar os problemas de saúde contemporâneos. Além de compor a organização de sistemas de saúde, sendo responsável pela produção de um conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, a APS também tem sido local de criação de novos modos de produção em saúde (Campos, 1992; Mendes, 1996; Merhy, 1997; Starfield, 2002).

A interface entre as práticas de saúde coletiva e a APS tem sido construída ao longo da história motivada por diferentes fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. No Brasil, essa interface tem sido potencializada com a implementação do direito universal à saúde e do SUS, enquanto sistema responsável pela organização das práticas em saúde individuais e coletivas e com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), enquanto estratégia para a implementação da APS (Vecchia & Martins, 2006).

A APS constitui-se num campo de produção de ações em saúde com grande potência para lidar com as necessidades de saúde contemporâneas na medida em que os serviços de saúde se localizam próximos do contexto de vida das pessoas e, conseqüentemente, dos locais de produção do processo saúde e doença. Entretanto, seria ingênuo pensar que apenas a aproximação geográfica poderia garantir a instituição de modos de organização dos processos de trabalho que tomassem como objeto o conjunto de necessidades encontradas num determinado território ou que o modo de produção das práticas em saúde seja re-construído. A aproximação geográfica pode ajudar, no entanto a

organização dos processos de trabalho depende de políticas indutoras de certos modelos de organização.

O Relatório Dawson, quando propôs um modo de organização dos serviços de saúde na Inglaterra no início do século XX, propunha a construção de três níveis de atenção: Centros de Saúde primários, localizados mais próximos da comunidade, Centros de Saúde Secundários, responsáveis pela oferta de serviços especializados e Hospitais. Em conjunto e de modo articulado, tais serviços deveriam ser responsáveis pela atenção à saúde de uma população localizada em territórios de saúde (Starfiel, 2002).

Um dos conceitos que ajudou a construir as bases da organização das práticas na APS foi o de integração entre as ações médico-sanitárias, apresentado pela Medicina Comunitária, que se fundamentou nas propostas elaboradas pela Medicina Integral e da Medicina Preventiva. Essa corrente propunha superar a segmentação entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde, localizando os elementos responsáveis pela inadequação, não somente no ato médico individual, mas nos aspectos organizacionais, na estrutura da atenção médica, superáveis através de modelos de organização que tomassem como base o cuidado de grupos sociais, antes que de indivíduos (Donnagelo, 1976).

A perspectiva da integração entre as ações médico-sanitárias influenciou o pensamento das práticas em saúde no Brasil a partir da década de 60, período em que o modelo de atenção em saúde vigente no Brasil passou a ser questionado diante da incapacidade de produzir melhores indicadores de saúde no país. Nesse contexto nasceram idéias de que seria necessário desenvolver um padrão tecnológico mais racional na saúde, de menor custo, integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado. Esta perspectiva rompia com a dicotomia entre assistência médica e saúde pública que caracterizava o modelo de atenção do país e tinha como ponto de apoio à constituição de serviços básicos de saúde permanentes (Merhy e Queiroz, 1993).

Essas propostas, entretanto, não chegaram a se efetivar naquele momento em função do Golpe Militar de 1964, à partir do qual foi estruturado no país um modelo de atenção centrado na assistência médica comercializada, em que a saúde pública ficou

reduzida a um braço auxiliar e ocorrendo uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública (ibidem).

É nesse contexto, entre o final dos anos 60 e início dos anos 70, que se inicia a organização do movimento sanitário no Brasil, constituindo-se num campo de saber e num movimento ideológico, que trabalha a idéia de reformar as práticas e a organização dos serviços de saúde na perspectiva de construir uma Reforma Sanitária no país.

Como um dos produtos do movimento da Reforma Sanitária surge a Saúde Coletiva, crítica das tradicionais práticas em saúde fundamentadas no modelo biomédico, e que se consolida como *“um campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde”* (Paim e Vasconcelos, 1999).

No centro das proposições do movimento da Reforma Sanitária e do campo da Saúde Coletiva encontram-se questões como considerar a saúde enquanto um direito de cidadania, reformulação das práticas em saúde a partir da ampliação do referencial de entendimento do processo saúde e doença para além do componente biológico, incorporando questões subjetivas e sociais e a retomada da integração entre as ações de saúde individuais e coletivas.

Essas propostas ganham força política após a Conferência Mundial de Saúde ocorrida em Alma-Ata, em 1977, famosa pela proposição de levar saúde a toda população mundial no ano 2000, utilizando como estratégia a APS. A conferência propunha a realização de diferentes ações na APS, dentre elas: *“educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional”* (Starfiel, 2002).

Dessa forma, começam a se estabelecer novas relações entre práticas de saúde e a APS, conformando um campo de intensas e complexas disputas. Merhy & Queiroz identificaram duas correntes no início da década de 70, uma conservadora e outra

reformadora, com distintas posições político-ideológicas que formulam propostas de modelo de atenção e para constituição da rede de APS.

A primeira corrente propunha uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde, sendo a intervenção estatal restrita ao cuidado dos que ficavam fora do sistema ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. *“Para as ações coletivas, sobram as tecnologias tradicionais, retiradas fragmentariamente da bacteriologia, como a campanha, e da perspectiva médico-social que preconiza a necessidade de educação sanitária em alguns postos de serviços de saúde”*. A corrente reformadora, por sua vez, preconiza a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, através formação de uma rede de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados (Merhy & Queiroz, 1993).

A corrente reformadora conseguiu uma importante conquista com a aprovação, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, das diretrizes para organização do Sistema Nacional de Saúde, as quais foram aprovadas na constituição pela constituição de 1988 e que depois vieram a se tornar o arcabouço normativo que dá sustentação ao SUS. Entretanto, o processo de implementação do SUS foi marcado por contradições, que demonstram que a corrente conservadora continuava viva, forte e atuante (Santos, 2008).

No plano das práticas em saúde realizadas na APS, diferentes propostas de modelo de atenção à saúde passaram a ser formuladas, tomando com base os referenciais construídos na Reforma Sanitária e no campo da Saúde Coletiva, a exemplo dos modelos “Em Defesa da Vida”, “Ação Programática” e “Sistemas Locais”. (Andrade, 2006).

Por outro lado, a partir da década de 90, a APS torna-se uma política nacional no SUS através do PSF, apresentando como princípios organizativos e operacionais a vigilância à saúde, descentralização e a hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e atuação com base em uma equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiro generalistas, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 1994, 1998 e 2001 apud Vecchia & Martins, 2006).

Pode ser verificado nos princípios organizativos e operacionais do PSF influencia das propostas apresentadas pelo movimento da “Promoção em Saúde”, como a criação de

“ambientes sustentáveis”, a “reorientação dos serviços de saúde”, o “desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais” e o “fortalecimento de ações comunitárias”, sugerindo com meios como o “empoderamento comunitário” e a organização de ações intersetoriais (Carvalho, 2004).

Franco & Merhy (2003), entretanto, identificam que apesar da formação da equipe, do deslocamento do trabalho para o território e do incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, promoverem mudanças no processo produtiva no PSF, a micropolítica de organização do trabalho revela que no núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde.

No que diz respeito à organização e ao modo de produção das ações de saúde coletiva realizadas na APS, identifica-se ainda marcada influência da tradição das práticas de saúde pública, que entende tanto a saúde como a doença, como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico sofria de um meio social insalubre, e tinham como objetivo descobrir e isolar os indivíduos doentes contagiantes, sanear o meio, destruir vetores biológicos e proteger os sadios. O meio de intervenção, para isso, era a campanha e a polícia sanitária, que eram colocados em prática por meio de leis, códigos e decretos (Merhy & Queiroz, 1993).

Desse modo, as práticas de saúde coletiva ainda, em geral, trabalhavam com um espectro limitado de necessidades de saúde que compõe o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental de um determinado território; incorpora-se pouco o contexto de produção do processo saúde e doença; e encontram-se dificuldades para organizar ações coletivas inter-setoriais, estimular a participação comunitária, assim como aplicar as normas sanitárias em contextos singulares.

Por outro lado, as ações de saúde coletiva na APS, ainda são de responsabilidade de um profissional, o Agente de Saúde, ao invés de envolver a equipe. Assim como a articulação entre a APS com os órgãos de vigilância em saúde das secretarias de saúde na produção de intervenções compartilhadas é praticamente inexistente.

Uma das possíveis razões para esse fenômeno encontra-se no fato de que os órgãos que ficaram responsáveis pelas ações de Saúde Pública, como as vigilâncias em saúde, se mostraram pouco permeáveis as mudanças que vem ocorrendo com a re-organização das práticas em saúde no SUS. Em geral, ainda é muito tímido o processo de

descentralização das ações de vigilância, que ainda são realizadas pelo nível central das secretarias de saúde, ou ainda são de responsabilidade de um profissional dentro dos serviços de saúde.

Fundamentos à construção de práticas de saúde coletiva na APS: *Pressupostos, conceitos, arranjos e dispositivos.*

Entende-se que muitas práticas, fundamentadas no referencial da saúde pública fazem parte das atribuições da APS no Brasil desde a sua constituição, como a realização de vacinas, notificação de doenças infecto-contagiosas, identificação e bloqueio de surtos, organização de programas entre outros. Com relação a esses temas existe vasta literatura a respeito.

O que se pretende a seguir é apresentar pressupostos e conceitos que fundamentam arranjos e dispositivos organizacionais cujo objetivo é apoiar a qualificação e ampliação dessas ações de modo a lidar com as necessidades de saúde contemporâneas, construindo práticas compartilhadas de saúde.

O primeiro pressuposto é entender a APS na lógica dos sistemas nacionais de saúde, cujo papel é constituir-se como porta de entrada para a atenção à saúde, devendo funcionar de modo articulado como os seus demais níveis, secundário e terciário, tanto nas práticas individuais, quanto coletivas.

O segundo pressuposto é que o conjunto das necessidades de saúde epidemiológicas, sanitárias e ambientais, presentes na área de abrangência de um serviço de saúde faz parte das responsabilidades dos serviços que compõe a rede de APS. Ainda que o papel da APS na execução de ações de intervenção varie de coadjuvante à principal responsável pela ação na relação estabelecida com os demais níveis do sistema de saúde e com outros setores do poder público e da sociedade civil, a depender de cada situação.

O terceiro pressuposto é a intencionalidade de envolver os diferentes sujeitos inseridos no contexto de produção do processo saúde e doença, buscando ampliar a capacidade dos coletivos de compreenderem e interferirem sobre a realidade.

Diante disso, toma-se como um dado de realidade que a APS se depara com um amplo, heterogêneo e variável conjunto de problemas e de necessidades de saúde,

produzidas em diferentes contextos, envolvendo diferentes sujeitos, para as quais devem ser produzidas intervenções singulares com o objetivo de promover saúde, prevenir e tratar doenças, dentro de cada contexto, ao mesmo tempo articuladas a diferentes níveis do sistema.

1. Construção de Rodas: espaços coletivos voltados para produção

A estruturação de espaços coletivos, rodas, que possibilitem o envolvimento dos diferentes sujeitos e organizações inseridas no contexto de produção dos processos de saúde e doença constitui-se num arranjo nuclear da organização dos serviços na APS para lidar com necessidades de saúde contemporâneas.

Além de possibilitar a participação de diferentes atores que se relacionam com os contextos de produção do processo saúde e doença presentes num determinado território, os espaços coletivos também têm como propósito possibilitar a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos coletivos. Para tanto, é preciso que os espaços coletivos sejam organizados numa lógica de gestão participativa, em que todos os participantes tenham a possibilidade de contribuir efetivamente com a análise, construção de propostas e deliberação sobre formas de intervenção.

Tendo em vista a grande variedade de problemas de saúde coletiva existentes nos serviços de APS, sugere-se a existência de diferentes espaços, permanentes e eventuais, com composições variadas, e com modos de organização determinados a depender do propósito do trabalho a ser realizado.

Existe a necessidade de espaços com funcionamento permanente, sendo responsáveis pela realização de análises periódicas da situação de saúde da área de abrangência do serviço, identificando necessidades de saúde a serem trabalhadas, levantando propostas de formas de intervenção e tomando decisões sobre ações a serem realizadas.

Por outro lado, existe a necessidade de espaços que sejam construídos eventualmente, com um tempo determinado de existência, ainda que possam vir a se tornar permanentes, seja para a análise de determinado problema específico, ou, seja para realização de determinada tarefa.

Os diferentes integrantes da Equipe de Saúde da Família têm papel fundamental na construção desses espaços, em seu gerenciamento e sustentabilidade. A composição dos espaços coletivos deve envolver técnicos, grupos de usuários e organizações que tenha direta e continuada relação com o serviço, como profissionais de outros níveis do sistema de saúde, a exemplo de técnicos de vigilância em saúde, ou profissionais de serviços; representantes de outros equipamentos sociais presentes no território, como escolas, ONGs, entidades ligadas a serviços de assistência social; assim como da comunidade, como representantes das associações de bairro e conselhos locais de saúde. Ou ainda atores que tenham relação com determinado tema, ainda que não estabeleçam relação direta com o serviço, como sindicatos, donos de estabelecimentos comerciais, entre outros.

Quanto ao modo de funcionamento desses espaços, sugere-se que tenham uma agenda de encontros, com pautas definidas e que contem com a presença de um coordenador eleito pelo coletivo. Por outro lado, é fundamental que um profissional indicado pelo serviço, também assuma a tarefa de co-coordenação do grupo, responsável fazer a articulação das atividades definidas nesse espaço com as práticas realizadas no serviço de saúde, de modo a evitar que os espaços coletivos se tornem células autônomas nos serviços na APS.

Recomenda-se ainda que o trabalho de co-gestão valorize a construção de vínculo e de contrato entre os envolvidos estabelecendo expectativas, objetivos, regras, método de trabalho e o que mais for necessário (Campos, 2000).

2. Identificação de temas

A APS depara-se com um amplo, heterogêneo e variável conjunto de necessidades de saúde coletivas. Trata-se, portanto de um desafio para os serviços lidar com o conjunto de necessidades de saúde presentes num determinado território. Nesse sentido, a epidemiologia constitui-se numa área da Saúde Coletiva que pode contribuir com essa questão.

Drumond Jr., entretanto, identifica que a epidemiologia hegemônica nos serviços de saúde é a analítica, que se caracteriza por identificar necessidades de saúde e fatores

de risco a partir do estudo estatístico de incidência e prevalência de doenças e de associação de fatores de risco para um determinado agravo. Segundo o autor, essa epidemiologia baseada em “macro-indicadores genéricos e tardios”, não servirá a essas experiências locais, mas sim a “micro-epidemiologia” dos “micro-diagnósticos” baseados nos “micro-indicadores”, ainda que tardios também. Para tanto, o autor sugere “*o uso da epidemiologia descritiva, dos números absolutos, dos casos como sentinelas do coletivo, da inspiração e da criatividade, baseada na intervenção e no compromisso de sujeitos. Ação voltada ao problema escarafunchado, construção e responsabilidade de uma equipe estimulada*” (Drumond Jr, 2003).

Entende-se que a aplicação dos conceitos epidemiológicos é uma tarefa técnica a ser realizada por profissionais de saúde para identificar necessidades de saúde que devem ser trabalhadas de modo a produzir ações que previnam ou controlem doenças. Entretanto, esse não deve ser o único, tão pouco o principal meio para identificação de temas a serem trabalhados.

A prática clínica ampliada, realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares, pode ter aguda sensibilidade para identificar necessidades de saúde que demandam ações de saúde coletiva. Por outro lado, os representantes de equipamento sociais e usuários também podem apresentar um conjunto de necessidades que não passam pelo olhar dos serviços de saúde e que, portanto, devem ser valorizados e estimulados.

Além disso, os serviços devem estar abertos à indicação de temas por outros níveis do sistema de saúde. Em trabalho realizado junto à coordenação de vigilância em saúde do município de Campinas, identificava-se como de fundamental importância o envolvimento das equipes do Centro de Saúde nas ações de vigilância sanitária sobre o controle da qualidade dos alimentos comercializados na área de abrangência do serviço (Massuda, 2007).

Com forma de operacionalizar o conjunto de temas que podem ser trabalhados na APS, o método da roda sugere utilizar os conceitos de “oferta” e “demanda”, sendo as “ofertas” resultado de uma avaliação técnica realizada por profissionais de saúde e as “demandas” as necessidades apontadas por grupos de usuários e organizações.

3. Identificação de prioridades

Diante da imensa amplitude de necessidades de saúde que se apresentam a um serviço na APS, é preciso trabalhar com uma certa priorização das ações a serem realizadas.

A tradição sanitária, fundamentada em documentos como “*Programation em Salud*” (OPAS, 1967) e “*Formulacion de Políticas de Salud*” (OPAS, 1973) aplicam conceitos econômicos à análise dos problemas de saúde, sugerindo a utilização de critérios como vulnerabilidade, magnitude e transcendência para identificar agravos e situações de saúde em que o investimento de recursos terá maior custo-benefício.

Esses conceitos foram duramente criticados em função de seu viés economicista. Entretanto, o viés ainda se faz presentes na priorização de muitas ações em saúde. O que se propõe, ao contrário, é resgatar utilizar os critérios, mas utilizá-los com outro viés. Ao invés de priorizar determinadas ações pelo seu custo-benefício do ponto de vista econômico, sugere-se que utilizá-los para identificar o custo-benefício das intervenções sobre um determinado problema, situação ou agravo representa do ponto de vista da produção de saúde para indivíduos e coletivos. Para tanto, devem ser aplicados em contextos singulares, em conjunto com o grupo de atores envolvidos na produção do processo saúde e doença.

Nesse sentido, no que diz respeito ao conceito de vulnerabilidade, diante da polissemia como esse termo tem sido usado na saúde pública, sugere-se utilizá-lo como resultado da interação de um conjunto de variáveis que determina a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo constrangimento, adoecimento ou situação de risco (Nunes, 2008).

Quanto ao conceito de magnitude, sugere-se a sua utilização na perspectiva de identificar o que uma determinada situação ou agravo representa para uma determinada comunidade do ponto de vista econômico, político, social, cultural, ambiental, etc. E com relação à transcendência, sugere-se que seja utilizado no sentido da potencialidade de estimular o envolvimento e participação do conjunto de atores inseridos com a produção do processo saúde e doença.

A aplicação desses critérios, entretanto, deve ser realizada após a escuta de todas as demandas e ofertas apresentadas no espaço coletivo.

4. Análise de contexto: ampliação do diagnóstico e da imagem-objetivo

O método da roda trabalha com a noção de que há simultaneidade entre ação e a geração, coleta e análise das informações. Dessa forma, sugere-se não esperar a finalização de um diagnóstico para então iniciar a intervenção. Entende-se que um diagnóstico sempre poderá ser aprimorado na medida em que as intervenções são realizadas, assim como a identificação de uma imagem-objetivo para as ações pode ser modificada durante o contexto das ações. Não se descarta, entretanto, a necessidade de diagnóstico, tão pouco a construção de imagem-objetivo. Pelo contrário, propõe-se valorizar essas etapas realizando-as durante o processo de construção das intervenções.

Ao lidar com problemas coletivos faz-se necessário utilizar dados quantitativos, apresentados através de números, taxas e proporções que falem a respeito de prevalência e incidência de determinados agravos, assim como a cobertura, concentração e eficiência de programas, ações e intervenções, porém para que esses dados se tornem informações, é preciso aplicá-los e interpretá-los dentro do contexto em que são produzidos.

Desse modo, a realização de diagnóstico de uma situação, ou a descrição de um problema deve levar em conta dados estatísticos combinados com a história de produção do problema coletivo de saúde, articulando a análise de dados quantitativos e qualitativos na lógica da estratégia de triangulação de métodos (Minayo, 2000).

Para tanto, sugere-se incorporar a escuta dos sujeitos que estão inseridos nos contextos de produção do processo de saúde e doença através da realização de reuniões com os envolvidos, observações em campo, entrevistas dirigidas, construção de histórias de vida e estudos de caso.

Na APS uma outra categoria que pode apoiar a ampliação da capacidade de análise do contexto é a análise do território, entendido enquanto espaço de produção de interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos. Essa categoria permite correlacionar condições de saúde e de intervenção através da identificação de

objetos geográficos, sua utilização pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e materiais (Monken & Barcellos, 2005).

A ampliação da capacidade de análise de contexto, por outro lado, deve estar articulada a construção de diretrizes norteadoras das ações a serem realizadas. O método da roda sugere que essas diretrizes sejam construídas nos coletivos organizados, realizando análise crítica das avaliações técnicas e valorizando o que os diferentes sujeitos apresentam como interesses e desejos.

Por fim, a construção da imagem-objetivo também deve permitir a realização de uma análise de realidade de situação, considerando as possibilidades de ações dos coletivos, limites e potencialidades de ação.

5. Co-produção das ações coletivas: do agir normativo à práxis coletiva

Várias evidências têm demonstrado que o enfrentamento de determinados problemas de saúde contemporâneos que se fazem presentes no cotidiano dos serviços da APS como violência, alcoolismo, gravidez na adolescência, entre vários outros, exige a realização de ações intersetoriais e com ampla participação comunitária. Nesse sentido, é preciso que sejam desenvolvidas uma cultura de trabalho em equipe e uma capacidade de gestão democrática e participativa das ações coletivas.

Um das proposições do método da roda é a práxis coletiva, com o envolvimento dos diversos dos profissionais de saúde, grupos de atores sociais e organizações na defesa da própria saúde individual e coletiva, buscando aumentar a capacidade dos coletivos de compreender e lidar com os diferentes fatores relacionados com a produção do processo saúde e doença.

Entretanto, a elaboração de intervenções sobre necessidades de saúde produzidas por múltiplos fatores, envolvendo diferentes sujeitos e organizações, combinando responsabilidade sanitária com interesse e desejo dos coletivos é uma tarefa de alta complexidade, com grande risco de fracasso e conseqüentemente frustrar os envolvidos. Para tanto, sugere-se que a construção das intervenções seja realizada utilizando metodologias de trabalho em grupo, combinadas com metodologia de planejamento participativo.

Com relação ao trabalho em grupo, sugere-se utilizar o referencial de Grupos Operativos desenvolvido por Pichon-Riveire e de acompanhamento de casos clínicos desenvolvido por Balint. A construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) para casos individuais e coletivos também têm demonstrado grande potencialidade para articular o trabalho em grupos (Nunes, 2008).

No que diz respeito ao uso de ferramentas do planejamento, sugere-se a construção de planos operativos, elaborado de modo participativo, em que sejam identificadas ações a serem realizadas, metas, responsáveis e prazos, estabelecendo-se uma rede de petição e compromissos entre os envolvidos.

Além disso, sugere-se a realização de avaliações periódicas do que está sendo produzido pelo coletivo. Para isso, sugere-se utilizar indicadores que representem um certo conjunto de valores identificados pelo grupo de envolvidos, que também podem ser criticados e modificados pelo coletivo ou por instâncias externas a ele.

Por outro lado, constitui-se noutro dilema lidar com as normas e com o princípio da autoridade que regem as práticas sanitárias como instrumento de defesa da vida, antes de interesses econômicos, políticos e sociais. Para isso, Campos (2006) propõe singularizar cada situação, articulando conceitos universais à particularidade de cada contexto.

“O desafio da saúde coletiva não é diferente [da clínica e da política] partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidade e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com uma combinação singular de ações dirigidas a fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso, etc), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc)” (Campos, 2006).

6. Organização do processo de trabalho nos serviços da APS e no sistema: equipes de referência, NSC e apoio matricial.

Para que os serviços de APS ampliem o conjunto de ações coletivas realizadas, assim como promovam mudanças no modo de produção das práticas, incorporando a

dimensão singular das necessidades de saúde, propõe-se à construção de arranjos organizacionais que permitam essas finalidades. Dentre os arranjos sugeridos estão: constituição de equipes de referência, a organização de NSC e o apoio matricial.

Entende-se por equipe de referência o conjunto de profissionais que tem a responsabilidade pela condução do caso. Ao lidar com problemas de saúde coletiva, o caso pode ser um agravo, uma situação ou qualquer problema que envolva um coletivo. Na APS, em geral já se trabalha com a lógica de equipes de referência no PSF. A equipe de referência tem por objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre os sujeitos envolvidos com o problema em questão (Campos, 1999).

Outro arranjo sugerido é o NSC. Trata-se do espaço que promove a articulação das diferentes equipes de referência de um serviço para lidar com as questões de Saúde Coletiva. Sugere-se que os núcleos sejam compostos por representantes das equipes do serviço, com dedicação de algumas horas da jornada de trabalho para essa finalidade. Dentre as suas atribuições estão realizar análises periódica da situação epidemiológica, sanitária e ambiental do serviço, assim como dar apoio às equipes de referência, aplicado à realização de ações de saúde coletiva, através do desenvolvimento de trabalhos conjuntos e da retaguarda técnica e operacional (Campinas, 2000).

Por outro lado, para a ampliação das ações de saúde coletiva realizadas na APS também é necessário desenvolver mecanismos que qualifiquem a relação entre os órgãos de vigilância em saúde com os serviços de saúde. Nesse sentido, sugere-se a constituição de espaços coletivos que articulem a vigilância em saúde em nível municipal ou regional com os serviços de APS, tendo como objetivo a realização de análise de situação de saúde, identificação de situações de risco e regiões de vulnerabilidade, assim como, planejar e organizar intervenções coletivas.

Além disso, é preciso aproximar o trabalho realizado pelos técnicos das várias áreas da vigilância, que ficam circunscritos aos órgãos de vigilância na esfera municipal ou regional de saúde em relação às equipes de serviços de APS. Sugere-se a organização do trabalho na lógica do apoio matricial.

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (...) pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de

referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais” (Campos & Dominitti, 2007).

Aplicado às ações de saúde coletiva realizadas na APS, o apoio matricial pode servir tanto ao suporte técnico especializado realizado por técnicos de vigilância às equipes de referência, como vice-versa, no apoio das equipes de referência ao trabalho realizado pelos técnicos de vigilância na caracterização do contexto de produção de situações de risco, identificando regiões de vulnerabilidade no território, realizando monitoramento de problemas, assim como na descoberta de potencialidades que podem apoiar a construção de intervenções.

Vilela (2005) descreve experiências de descentralização das ações de vigilância para APS, ocorrida na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, durante o Programa Paidéia de Saúde Família, que propunha a constituição dos Núcleos de Saúde Coletiva em Unidades Básicas de Saúde. Para a autora, a implementação desse arranjo institucional permitiu um intenso fazer coletivo, o exercício da integralidade na prática, a intervenção sobre relevantes problemas de saúde coletivos, a tentativa de sair do isolamento da clínica individual e o deslocamento da responsabilidade das ações coletivas “da moça da vigilância” para as equipes de saúde, promovendo a criação de novos sujeitos coletivos que emergem da micropolítica do trabalho em saúde, no espaço singular da unidade.

Relato de Prática

O presente projeto foi realizado durante o programa de Residência em Administração em Saúde do DMPS/FCM/Unicamp, em estágio desenvolvido junto à Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Um dos objetivos do estágio foi aplicar conceitos da Gestão em Saúde, em particular o método da roda (Paidéia), na análise das práticas de vigilância em saúde. Para tanto, foram escolhidas as ações da área de Alimentos realizadas no Centro da cidade como

objeto de trabalho, em função das dificuldades para aplicação das diretrizes de modelo de vigilância proposto para cidade.

Na primeira etapa do trabalho, foi composta uma roda com os envolvidos com as ações de vigilância de alimentos na região do Centro, em que participaram a coordenação e técnicos da COVISA; técnicos de vigilância de alimentos, apoiadores institucionais e a coordenação da Vigilância do Distrito de Saúde; além da coordenação e de profissionais do Centro de Saúde responsáveis pela região do Centro da Cidade. Como instrumentos de análise das práticas, foi realizado trabalho em grupo, em que foram investigadas as seguintes categorias: *organização dos processos de trabalho instituídos; território enquanto espaço de co-produção do processo saúde e doença; e fatores de risco e regiões de vulnerabilidade no território.*

A partir das análises realizadas, o grupo identificou problemas e propostas de organização das práticas de vigilância de alimentos, as quais foram aplicadas num projeto de intervenção, sobre “Carnes e Açougues”. Escolhido em razão do risco sanitário para a região do Centro, e da potencia para revisão das práticas da vigilância.

Durante o projeto de intervenção foram realizados encontros periódicos com o mesmo grupo anterior, durante um período de seis meses, em que se trabalhou coletivamente para realizar análises do contexto de produção dos problemas relacionados com a comercialização de Carnes na região do Centro, construir planos de ações, e realizar ações em equipe, as quais posteriormente eram avaliadas, quanto ao processo de trabalho e resultados obtidos. Abaixo estão alguns exemplos de ações realizadas durante o projeto:

1. Mapeamento de regiões vulneráveis no território e programação das ações a partir da análise de risco

Em ação conjunta com os ACS do Centro de Saúde foi identificado que a região do Mercado Municipal e do Camelódromo constituíam-se nas áreas com maior concentração de fatores risco, em razão da grande concentração de estabelecimentos, do grande fluxo de pessoas, assim como pelas precárias condições de funcionamento dos estabelecimentos.

A partir disso, foi realizada uma ação conjunta entre técnicos de vigilância de alimentos e os ACS de visita a todos os estabelecimentos localizados na área. Para tanto, os técnicos de vigilância de alimentos elaboraram um roteiro de observação a partir das normas sanitárias, com os seguintes itens: *Regularização dos estabelecimentos, Qualidade dos produtos (fornecedores, prazo de validade, procedência, embalagem, rotulagem e estado de conservação), Higiene (limpeza ambiental, pessoal e de equipamentos), Segurança do trabalhador (ambiente insalubre), Estrutura física (piso, parede, área externa e iluminação) e Desvio de atividade.*

Na visita foram identificados vários problemas que posteriormente foram apresentados aos representantes dos usuários, outros setores da prefeitura e representantes dos donos de estabelecimento visando organizar ações que promovessem melhoria da qualidade sanitária de comercialização dos alimentos no centro.

Além disso, foi a equipe de técnicos de vigilância em alimentos construiu um sistema de análise de risco para problemas identificados nas vistorias e para as denúncias feitas pela população, buscando definir quais problemas demandariam ações imediatas e quais poderiam ser programadas.

Falta de higiene	Alto Risco
Mercadoria sem procedência	Alto Risco
Produto deteriorado – conservação inadequada, equipamento sem manutenção	Alto Risco
Água suja, resíduos e detritos	Não Alto Risco
Uniforme sujo	Não Alto Risco
Acumulo de materiais em desuso ou inservíveis	Não Alto Risco
Desvio de atividade	Não Alto Risco
Risco para acidentes de trabalho	Alto Risco

2. Ações intersectoriais e participação popular

Foram organizadas rodas visando permitir a participação de profissionais das equipes de referência do Centro de Saúde responsável pela região identificada como de maior vulnerabilidade, de usuários representantes do Conselho Local de Saúde, de outros setores da Prefeitura Municipal, assim como de representantes de donos de estabelecimentos e sindicatos ligados ao comércio de Carnes. Nesses espaços foram apresentados os principais problemas encontrados no território e discutidas propostas de intervenção.

Os técnicos de alimentos elaboram um roteiro de observação para as vistorias, apontando itens que podem ser observados por qualquer profissional de saúde e pela própria população. A partir disso, foram realizadas ações educativas voltadas para os ACS e para a população para identificar principais situações de risco relacionadas a açougues, visando construir formas de monitoramento participativo das situações de risco identificadas no território.

Além disso, organizou-se em conjunto com diferentes setores da prefeitura, Sindicatos, SENAI e Associação Comercial, ações educativas voltadas para donos de estabelecimentos e manipuladores de alimentos visando intervir sobre os principais problemas encontrados no território.

UMA BREVE ANÁLISE

A organização das rodas permitiu a criação de espaços em que várias perspectivas sobre os problemas em questão eram enunciadas. Esse procedimento possibilitou a ampliação do diagnóstico dos problemas relativos às práticas da vigilância de alimentos realizadas no centro da cidade na medida em que foi possível construir uma história de produção dos problemas, com descrição de fatores qualitativos e quantitativos, assim como foi possível construir linhas prováveis de intervenção.

A incorporação do conceito de risco e vulnerabilidade sobre um determinado território definido mostrou-se potente para dar maior racionalidade às ações da vigilância de alimentos, direcionadas até então por denúncias feitas pela população.

A articulação das ações da vigilância com as demais ações de saúde, a exemplo da articulação realizada entre técnicos da vigilância de alimentos e Agentes Comunitários de Saúde demonstrou grande potencia para identificar, intervir e monitorar situações de risco e regiões de vulnerabilidade no território indicando aumentar a potência das intervenções em saúde. Esse trabalho, entretanto, só foi possível graças à ação dos gestores da Vigilância, do Distrito e do Centro de Saúde para propiciar ambiente possível para construir um trabalho coletivo.

Observou-se boa resposta da população ao convite para participação das ações da vigilância, verificadas através das respostas do Conselho Local de Saúde, da Associação Comercial de Campinas e dos Sindicatos, convidados a participar das propostas de promoção à saúde na área de alimentos. Entretanto, houve certa dificuldade em trabalhar com setores do poder público que se beneficiam da cultura de “*Criar dificuldades para vender facilidades*”.

A partir das ações realizadas, pode-se inferir que o SUS pode ser um grande cenário de encontro dos diferentes profissionais de saúde entre si e com a população. Esse encontro pode-se dar em perspectiva de disputa de interesses, para os quais as normas devem funcionar como instrumento de proteção da vida, ao estabelecer limites ao interesse privado.

Entretanto, evidenciou-se também que o SUS também pode e deve servir como espaço para construção de projetos coletivos em defesa da vida e que a gestão e o trabalho em saúde quando realizados em forma de co-gestão têm o potencial de ampliar a capacidade de compreensão e de intervenção dos sujeitos – usuários e profissionais – sobre o contexto sanitário e sobre si mesmo, contribuindo para encontrar formas adequadas de defesa da saúde apesar do conflito de interesses.

Para tanto, sugere-se que a vigilância incorpore instrumentos de gestão capazes de operar mudanças nas práticas em saúde através da criação das condições necessárias para que o trabalho compartilhado nas ações de saúde coletiva possa ser produzido.

Bibliografia

Andrade, L.O.M, Barretto e Bezerra, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. In Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC, São Paulo, 2006.

Ayres, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção e HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais Interface Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

Campos, G.W.S. Reforma da Reforma; repensando a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec,1992.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensino sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 4(2), 1999.

_____. Um Método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000b.

_____. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC, São Paulo, 2006.

Campos, GWS; Dominitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública vol.23 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007

Carvalho, SR As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência & Saúde Coletiva vol.9 no.3 Rio de Janeiro, 2004.

COVISA - Modelo de Vigilância no Município de Campinas – Apresentação realizada em reunião do Conselho Municipal de Saúde. 23/11/2005.

Donnangelo, M.C.; Pereira, L., 1976. Saúde e Sociedade. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1976.

Figueiredo, R.M., Sinkoc, V.M. Tomazim, C.C, Bueno, M.C. Gallani, J., Colombrini, M.R.C, Adesão de pacientes com AIDS aos tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital Escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.9 no.4 Ribeirão Preto 2001

Franco, T.B; Merhy, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. IN: Merhy, E.E.(Org.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

Hobsbawn, E. Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo, Ed. Companhia das Letras, 1995.

Lima, MS Epidemiologia e impacto social Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21 s.1 São Paulo May 1999

Massuda, A. Novas práticas de vigilância em Saúde: olhares e práticas sobre os alimentos no centro da cidade. Trabalho de conclusão de curso. Programa de Residência em Administração em Saúde – DMPS/FCM/Unicamp, 2007.

Mendes, EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo, editora Hucitec; 1996.

Merhy, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**; um desafio para o público. São Paulo, Buenos Aires: Ed. Hucitec; Ed. Lugar Editorial, 1997a.

Merhy, E. E & Queiroz, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993

Mesários, I. O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI. São Paulo. Ed. Boitempo, 2007.

Mion Jr. D. Pierin, A.M.G e Guimarães, A., Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, July/Sept. 2001, vol.47, no.3, p.249-254. ISSN 0104-4230.

Monken, M. e Barcellos, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Cad. Saúde Pública, vol.21, no.3, p.898-906. Rio de Janeiro, 2005.

Nunes, G. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. Ed. Aderaldo & Rothschild, 2008

Onocko Campos, R; Massuda, A. Valle, I; Castaño, G; Pellegrini, O Salud Colectiva y psicoanálisis: una retomada teórica desde las prácticas de salud en lo contemporáneo. Em fase de publicação.

Paim, JS e Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998

Piovesan, M.F. Padrão, MVV; Dumont, UM; Gondim, GM; Flores, OF; Pedrosa, JI; Lima; LFM. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais Rev. bras. epidemiol. vol.8 no.1 São Paulo Mar. 2005

Rosen, G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994

Santos, N.R. Política Pública de Saúde no Brasil: Encruzilhada, Busca e Escolha de Rumos. Em fase de publicação.

Santos, M. O lugar e o cotidiano. In "A natureza do espaço". Ed. Hucitec, São Paulo, 1996

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

Schraiber, LB; Mendes-Gonçalves, RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schaiber, LB; Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves, RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Hucitec, 2000. p.29-47.

Série de Debates sobre o Trabalho Médico: Desafios na APS. Sindimed, 2008

Tauil, P.L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.18 no.3 Rio de Janeiro May/June 2002

Tesser, C.D e Luz, M.D. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. Ciênc. saúde coletiva vol.7 no.2 Rio de Janeiro 2002.

Vecchia, M.D e Martins, S.T.F. Projetos de Reforma Sanitária, Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família. In A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. Tese de dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, UNESP. Botucatu, 2006.

Vilela, M.F. G. Da 'Moça da Vigilância' ao Núcleo de Saúde Coletiva da Unidade Básica de Saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas

Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica

Gilberto Luiz Scarazatti

Márcia Aparecida do Amaral

Introdução

A utilização do planejamento nas organizações de saúde tem sido mais freqüente na elaboração de planos diretores do que como instrumento de contratualização entre gestores e gerentes de serviços, assim como destes com as equipes de trabalho que compõem cada um destes serviços ou órgãos. Mesmo nas experiências de utilização do planejamento e de seus desdobramentos como base para a contratação de objetivos e metas, não temos observado a incidência deste importante instrumento de gestão no cotidiano das organizações de saúde do SUS. Por outro lado, a utilização de instrumentos para contratação de compromissos, denominado contrato de metas ou de gestão, tem sido utilizado ainda menos que o planejamento, e quase sempre na área hospitalar, em geral, com características de contratar o perfil assistencial dos hospitais e menos como instrumento de estabelecer compromissos internos à organização.

Há muitas utilidades para o planejamento na gestão em saúde, apontamos neste capítulo, duas questões que consideramos relevantes em relação ao uso do planejamento:

1) como elemento que contribui para organizar a ação de coletivos, podendo e devendo ser incorporado ao trabalho nas unidades básicas de saúde; e 2) para instrumentalizar processos de formação de compromissos, ou contratações entre os gestores e as unidades de saúde, entre os coordenadores das unidades de atenção básica e mesmo dentro de uma equipe de saúde, como mecanismo de atribuir-se responsabilidades no processo de divisão de trabalho.

O valor de uso do planejamento

Ao nos referirmos ao papel do planejamento na organização da ação de coletivos, estamos falando não só da execução das ações técnicas relacionadas à assistência ou à administração, mas da possibilidade de construção de grupalidade, de um projeto coletivo

e de uma perspectiva de realização profissional, tudo isto objetivando ampliar a capacidade operativa do coletivo. Em alguma medida, nossa compreensão sobre coletivo cabe na conceituação de grupo operativo feita por Pichón Rivière, já que, segundo a metodologia de planejamento que adotamos, o grupo sempre teria uma tarefa explícita, ou seja, planejar a melhoria do serviço, mas também estaria subjacente o propósito de construir uma história grupal. Neste sentido, o planejamento e o contrato de gestão fazem parte do elenco de atividades relacionadas ao desenvolvimento de pessoal, à educação permanente e a busca do efeito Paidéia (ampliar a capacidade de compreensão e intervenção).

Dentro da variedade de escolas do planejamento, vimos buscando referenciar nossa prática em metodologia de várias escolas, mas sempre dentro de determinados princípios. Para municiar as equipes de saúde da atenção básica, trabalhamos o planejamento como uma ferramenta da gestão compartilhada, cuja finalidade é organizar a ação de grupos na realização das tarefas, além de estabelecer certa coerência entre objetivos e meios. Aqui voltamos à questão dos princípios. Como os métodos estão calcados em referenciais teóricos, para alcançar a prática de uma clínica e saúde coletiva ampliadas e compartilhadas são necessários que os elementos da gestão ofereçam a possibilidade de exercício para os profissionais de saúde por meio de participação e da divisão de poder institucional.

Sem a pretensão de discorrer sobre as várias correntes do planejamento, lançamos mão de referenciais do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (1989), do Pensamento estratégico de Mario Testa (1995) e do Planejamento Analítico institucional desenvolvido por Rosana Onocko Campos (2003), sendo que o aporte teórico para a gestão tem como importante referência o Método Paidéia de apoio institucional e de co-gestão de coletivos, produção de Gastão Campos (2000). Todos estes autores elaboram críticas ao planejamento normativo e seu determinismo e ao fato de posicionar o planejador externamente ao objeto do próprio planejamento. Apesar das diferenças, não vemos contradição no uso de alguns conceitos do planejamento estratégico situacional, como quem executa planeja, ou da análise situacional e ainda da implicação dos sujeitos/atores com o planejamento. Enfim, todos estes referenciais o plano é visto como processo e todos reconhecem a necessidade de uma direcionalidade para além do tempo

imediate. No caso da saúde, há ainda diretrizes estruturais como as do SUS e das políticas prioritárias das organizações de saúde. A principal contribuição da escola analítico-institucional diz respeito à possibilidade de co - construção de autonomia para lidar com o objeto de trabalho e a própria vida, por meio da co-produção de subjetividade no espaço da gestão e do trabalho.

Na metodologia Paidéia, o planejamento é utilizado numa visão de processo, sendo que o fundamental não é a sua finalização, mas sua utilidade para a tomada de decisões na gestão cotidiana da clínica e de outras áreas, na construção de projetos coletivos e na constituição de grupos.

O planejamento, entendido nessa perspectiva e tomado como instrumento da gestão, pressupõe um sistema de tomada de decisões, de distribuição de poder institucional com base na descentralização e na participação, no compartilhamento. Assim como para a ampliação do objeto da prática clínica, com a atuação multiprofissional, é necessário um modelo de gestão que contemple arranjos para suporte do trabalho compartilhado na assistência, também para a introdução do uso do planejamento analítico-institucional é necessário que as oportunidades de encontros para reflexão sobre o próprio trabalho estejam acessíveis aos profissionais de saúde.

Na perspectiva de escapar da complexidade metodológica do macro-planejamento, o qual, pelo seu gigantismo, não tem mostrado viabilidade de uso nos serviços de saúde, prestando-se mais ao apoio das altas direções institucionais, e também de alternativas sintéticas, mas com melhor aplicação em projetos onde os recursos de poder político são demandados (a exemplo do Método Altadir de Planificación Popular – MAPP – de Carlos Matus (2007), temos utilizado, a partir das experiências junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp, uma metodologia acessível, mas que não prescinde de uma visão complexa sobre a gestão e a atenção em saúde. A intimidade e utilização de teorias do planejamento analítico-situacional faz com que os atores que planejam adquiram maior capacidade para lidar com o poder e com a gestão da atenção.. Os arranjos que apresentamos a seguir constituem uma das várias possibilidades de tornar acessível aos profissionais de toda a rede básica do SUS instrumentos para o aperfeiçoamento de sua prática em saúde.

Passos para a construção do planejamento

1- Análise da situação inicial e eleição de prioridades para a intervenção: Todos os métodos de planejamento propõem uma análise inicial da realidade, um ponto de partida, denominada diagnóstico, momento explicativo /análise situacional, produção de texto ou narrativa. Porém, este olhar não é neutro, nem existe como única verdade, e como diz Testa, o *“Um diagnóstico é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo. As razões pelas quais desejamos realizar um diagnóstico introduzem um viés particular, que se manifesta nas categorias ordenadoras da informação que se vai processar”* (1989) Temos trabalhado com a concepção, de que qualquer seja o nome utilizado, esta análise da situação inicial não demanda esgotamento da compreensão do contexto, uma vez que a realidade é mutante e vasta, existe uma variedade de olhares sobre ela a depender do coletivo com o qual estamos lidando e a própria ação do grupo que planeja interfere sobre esta mesma realidade. Esta análise inicial deve ser suficiente para a tomada de decisões sobre o que fazer, aprimorando-se o diagnóstico durante o processo de intervenção, finalidade última do processo de planejamento. Este destaque é relevante, para que as equipes não gastem grande parte de sua energia realizando diagnósticos de saúde ou dos serviços, mas mantenham em aberto um processo dialético entre informação e prática.

Alguns dispositivos têm se mostrado úteis na organização da visão dos sujeitos que planejam sua prática, como roteiros ou questionários portando um referencial para a atenção e a gestão (este livro contém detalhamento da experiência de diagnóstico compartilhado com uso de material produzido por Carlos Gama Capítulo XXXXX), construção de texto ou mesmo o relato de uma reunião do grupo que pretende operar em conjunto, uso de diagramas que auxiliam a ordenação da explicação da realidade (árvore explicativa do Método ZOPP, fluxograma e outras ferramentas do planejamento). O uso de indicadores epidemiológicos ou informações dos serviços é necessário para que a impressão dos profissionais encontre suporte. Outra característica deste momento, é que a análise é situacional, a partir dos valores, juízos, desejos e interesses de quem olha a realidade e está dentro dela, nunca desinteressada, significando que diferentes olhares

estarão sendo colocados (ou não), sendo pertinente o debate, tendo por referência a finalidade (objeto) da organização e suas diretrizes. O referencial para a escolha dos indicadores e o juízo sobre eles é o que se pretende como papel do serviço de saúde no SUS e na sociedade (exemplo: número de pacientes da clientela adscrita a uma equipe de saúde da família com hipertensão descontrolada que procuram a UBS a cada semana ou mês).

Como contribuição para este momento, o método Paidéia aponta a importância de que os diversos objetos de investimento portados pelos profissionais de saúde possam interagir com o processo de planejamento, construindo-se o consenso possível. Nem sempre é possível, no âmbito dos serviços, contar com total identidade de projetos, interesses e desejos, portanto o consenso possível estabelecido sempre é mais potente do que a ação desordenada e sem sinergia dentro dos serviços de saúde, incluindo-se os percursos de vida dos sujeitos até a chegada ao serviço. O interesse metodológico nesta construção coletiva, primeira instância do contrato de gestão, aumenta a viabilidade do plano, uma vez elaborado por aqueles que se interessam pela mudança proposta e de quem ela depende.

2- Definir os Objetivos e Metas a serem buscados com o planejamento. Após a seleção das prioridades para a intervenção, a equipe que planeja deve estabelecer com clareza seus objetivos, os propósitos que pretende alcançar a partir dos recursos existentes e/ou potenciais e com mudanças na forma de organizar o processo de trabalho. Os objetivos devem ser desejáveis e realísticos, para que o processo não reforce experiências anteriores com planejamento consideradas negativas, observadas em algumas organizações de saúde, quando o planejamento limitou-se a um ritual momentâneo, sem valor de uso para nenhum dos grupos envolvidos.

Daí a orientação de que se realize uma análise da viabilidade destes objetivos, utilizando-se para tal as mesmas diretrizes do momento diagnóstico. Ou seja, a partir da experiência do grupo e da identificação das diretrizes institucionais, refletir sobre o grau de dificuldade para alcance dos objetivos, reconhecendo as acumulações que este mesmo grupo, o serviço ou a instituição de saúde possui acerca do tema. Este também é o momento para que o grupo realize uma auto-análise, considerando o envolvimento dos

profissionais, seus saberes, seus valores perante a profissão, conflitos intra-equipe, capacidade de lidar com os mesmos, possibilidades do trabalho em equipe, prazeres e frustrações, etc. Estas questões interferem na viabilidade dos objetivos tanto, ou às vezes mais do que algumas condições objetivas de aporte de recursos materiais.

O estabelecimento das metas, enquanto quantificação do objetivo vincula-se a análise da viabilidade do mesmo e da capacidade de produzir mudança utilizando-se os recursos disponíveis, ou da capacidade de se obter recursos adicionais. Nos processos de formação, até para que a metodologia possa ser experimentada no tempo de duração dos cursos, temos preferido orientar os alunos/equipes para que busquem objetivos dentro da sua governabilidade, de modo a não reforçar a pecha de que “planejamento não serve para nada”. A definição dos Objetivos e Metas deve ser feita em conjunto pela equipe da Unidade e a Direção para que a construção coletiva favoreça a pactuação entre os sujeitos implicados. Lembramos ainda que os indicadores subsidiam a definição e o acompanhamento dos objetivos e metas. Abaixo, modelo de formatação dos objetivos, metas e indicadores.

Objetivo	Metas	Indicadores de verificação

Análise de viabilidade

Objetivo	Fatores que facilitam o alcance do objetivo Internos e externos ao grupo	Fatores que dificultam o alcance dos objetivos Internos e externos ao grupo

3. O Projeto de Ação ou Plano Operativo: O plano não é todo o planejamento, mas “*é um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos*” (Tancredi, Barrios e Ferreira, 1998). Ao fim de uma etapa de construção de consenso sobre o objeto de intervenção e os objetivos a serem buscados, estabelecidas as metas, chega o momento do grupo que planeja formular as ações a serem desenvolvidas para se atingir os resultados, às quais se creditam potência para alterar a realidade, como apontava Matus “*afinal de contas, planejamos a mudança das tendências situacionais quando estamos insatisfeitos com elas. Se não fosse assim, nos deixaríamos levar pela corrente do rio dos fatos...*” (1989)

No plano operativo são necessários vários tipos de recursos, como os saberes específicos, a capacidade de organização e negociação com outros sujeitos, recursos financeiros, cota de poder, elencados por Matus.

Utilizamos duas planilhas simples: uma com o intuito de sistematizar as ações a serem desenvolvidas e servir de elemento de comunicação da agenda do grupo e outra para registro do monitoramento do desenvolvimento do plano operativo.

Objetivo	Ação	Desdobramento	Recurso necessário	Prazo de início e término	Responsável

Ação	Situação *	O que se obteve	Restrições	Novas ações	Prazo	Responsável

* Situação = Concluída, Em andamento ou Não iniciada ²²

Planejamento e Contrato de Gestão

Para que o planejamento constitua base para o contrato de gestão é necessário que tenha sido realizado de modo participativo e a partir de situações problemas identificadas pelo grupo. É óbvio que independente da metodologia utilizada no planejamento uma instituição pode estabelecer mecanismos de compromissos com seus trabalhadores, mas aqui estamos falando de uma nova perspectiva de gestão, onde a tecnologia que configura o conhecimento em saúde seja tão importante quanto às habilidades e atitudes dos profissionais.

Contrato, segundo o Aurélio, é um acordo entre duas ou mais pessoas que transferem entre si algum direito ou se sujeitam a alguma obrigação. No campo da saúde, o conceito de Contrato de Gestão é o de instrumento utilizado para pactuar ou contratar objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde e o mantenedor institucional, atuando como um dispositivo de monitoramento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aprimoramento das relações de cooperação com o contratante. Apesar desta definição estar afeita à macro-processos institucionais, ou seja, contratos de gestão entre entes federados e grandes instituições, pode ser aplicado sem grandes adaptações aos processos acima citados.

Ainda que o conteúdo a ser abordado num Contrato de Gestão possa abranger uma grande variedade de temas, vamos concentrar nossos argumentos e proposições nos campos do objeto e sua tradução em objetivos e metas, a eficiência e eficácia gerenciais, os controles e mecanismos de aferição e avaliação de resultados e o controle social. Tendo como referência a rede básica de saúde, estamos nos referindo à co-responsabilidade da equipe de uma unidade de produção (equipe de saúde da família ou outro arranjo) e da gerência na implementação de ações visando determinados objetivos e metas. Do conjunto dos micro-contratos emerge o contrato entre gestor municipal e coordenações de unidades básicas.

²² Material utilizado pelos técnicos do DMPS/FCM/Unicamp, contribuição de Adail de Almeida Rollo.

São vários os benefícios de se trabalhar com a contratação de objetivos e metas na rede de atenção básica. Um deles é o estímulo à descentralização da gestão, compartilhando com coordenadores das unidades e equipes de trabalho a responsabilidade pelos resultados obtidos durante um dado período de tempo. Mas a vantagem da descentralização não se resume a compartilhar as competências, mas possibilita a expressão e criatividade dos sujeitos no espaço da e sobre sua prática profissional. Daí que os mecanismos deste tipo, que demandam co-gestão, não podem ser desenvolvidos sem a participação dos sujeitos implicados, sob pena de desgaste do dispositivo e resistências à sua incorporação à gestão.

Outra possibilidade do contrato de gestão é a capacidade de orientar a agenda do gestor/coordenador local, configurando espaços de gestão estratégica e atendimento as intercorrências e problemas cotidianos. O insumo para a confecção desta agenda é, sem dúvida, o plano operativo.

Instrumentos desta natureza facilitam a comunicação institucional, pois explicitam as prioridades e os compromissos para os quais a equipe da unidade de saúde deve direcionar esforços em busca do seu atendimento. E uma última finalidade, de enorme importância, é a utilização do Contrato na gestão de pessoal.

Acreditamos que a reconfiguração das relações de trabalho no SUS, passa por muitas questões, mas a instituição de mecanismos de avaliação responsável de desempenho de coletivos, mediante o estabelecimento conjunto de objetivos e metas e parte do orçamento variável constitui parte estruturadora.

Conteúdo do Contrato de Gestão:

O objeto do contrato de gestão diz respeito aos resultados sanitários e de gestão pactuados dentro das instâncias do SUS. Várias (ou a maioria) das tentativas de se estabelecer compromissos no âmbito²³ do SUS, como os vários pactos específicos (atenção básica, vigilância epidemiologia, vigilância sanitária, Hospitais de ensino e outros) ou mesmo na nova versão do pacto pela saúde, não têm conseguido adentrar o

²³ O município de Curitiba- PR vem desenvolvendo desde 2005 a prática do Termo de Compromisso com as características do contrato de gestão, outras experiências vem surgindo no país.

cotidiano dos serviços, atuando mais como tarefas e compromissos burocráticos a serem cumpridos pelas instâncias gestoras, por meio de assistentes desvinculados dos serviços, sendo que muitas vezes o conteúdo destes pactos nem chega a ser conhecido pelas equipes do nível primário da atenção. Por outro lado, devido ao grande número de atividades desenvolvidas por uma unidade da saúde, as quais podem ser avaliadas por muitos indicadores, é necessário proceder-se a uma seleção deles. Esta seleção deve apoiar a unidade e demais instâncias de gestão no sentido de dirigirem sua atuação para alvos prioritários, sem prejuízo de outros processos fundamentais e que devem ser implementados e aprimorados. Ou seja, é papel de cada unidade/ distrito de saúde produzir e acompanhar outros processos e indicadores de saúde e de gestão, para além do elenco selecionado para compor o contrato de gestão ou metas.

O que estamos enfatizando, é que os referenciais para qualquer dimensão do planejamento e contrato de gestão devem estar explicitados pelos gestores e articulados aos pactos interfederativos do melhor modo possível.

A estrutura do Contrato de Gestão deve contemplar os seguintes documentos:

1) **Termo de compromisso da Unidade de Saúde** com as diretrizes e normas do SUS e respeito às mesmas, incluindo-se as especificidades locais dos modelos de atenção e de gestão. Este documento estabelece o gradiente de liberdade de cada equipe local para introduzir inovações e redefinir prioridades, adequando o seu plano operativo à sua realidade. A noção de co-gestão, para Campos, *“amarra-se à concepção ... de que todo sujeito opera segundo coeficientes de autonomia ou de liberdade. Não existindo a liberdade em bruto, absoluta; tampouco havendo, portanto, poder em si mesmo, sempre haverá correlação de forças, potências convocadas ou não para intervir, coeficientes de poder.”* (pg 159, 2000)

2) **Declaração das obrigações da rede básica de saúde**, neste caso, frente ao sistema local de saúde, incluindo-se a capacidade de resolução dos problemas de saúde.

3) Planejamento da unidade, com plano operativo, objetivos e metas, conforme discutido anteriormente. A evolução das metas no tempo merece destaque, com a finalidade de não gerar expectativas superdimensionadas e a necessidade de ajustes, ainda que o próprio modelo de contratualização deva reservar espaço para este debate.

4) Detalhamento do objeto do contrato: Deve conter características da atenção e da gestão, podendo ser organizado de várias formas.

Neste item deverão constar do que a rede básica se encarregará perante o SUS e o sistema local de saúde, mas também o modo de produção das ações de saúde.

Uma alternativa é tomar por base: a) a categorização da produção de serviços, que traz a marca da eficiência e da utilização adequada da capacidade instalada. Para todas estas atividades devem estar contidas as especificações dos quantitativos de serviços ofertados e a análise comparativa da capacidade instalada e da produção potencial; b) a atenção às principais causas de morbidade e mortalidade, buscando impacto nos indicadores de saúde (eficácia da atenção); c) a vigilância do risco e da vulnerabilidade, garantindo acesso prioritário para situações que assim o exijam; d) as características da organização do processo de trabalho, voltado para acolher e assumir responsabilidade pelas necessidades dos usuários, etc.; e) o modelo de gestão sensível e responsável pela inserção do serviço na rede e no território, controle social; gestão colegiada, garantindo espaços de discussão em equipe e co-gestão do próprio contrato de metas, análise de informações, etc; f) medidas relacionadas à educação permanente e às necessidades individuais dos trabalhadores, no que diz respeito ao melhor exercício de seu papel.

Existem outras possibilidades de recortes acerca do conteúdo, mas o fundamental é que o escolhido seja capaz de expressar os principais valores e desafios na construção da rede pretendida.²⁴ Finalmente, para os contratos das unidades que atuem como campo de ensino, os compromissos relacionados a estas atividades também deverão estar contemplados no contrato.

Considerando que os formatos da programação e do registro da produção incluem um extenso rol de ações, o Contrato de Gestão deve possuir anexos que contemplem estas

²⁴ Acerca das dimensões para avaliação, ver material da Organização Mundial da Saúde na página www.euro.who.int/document/E89742.pdf

especificidades, segundo a área de atenção seja da saúde da mulher, criança, adulto e programas específicos. Outra razão para anexos detalhados é possibilitar ao gestor do sistema de saúde organizar o acesso de demandas para ações específicas.

5) Orçamento do contrato de gestão: Objetiva-se, à medida que a gestão consegue avançar em seu processo de descentralização, que ocorra a agregação das receitas e despesas por unidade de saúde. Da mesma forma que a produção contratada segue a nomenclatura do SUS, também é interessante que, mesmo com a execução dos recursos ainda centralizada, a equipe do nível local conheça seu padrão de custeio, podendo haver no contrato de gestão cláusula que permita o redirecionamento dos recursos oriundos de medidas de contenção de custos e melhoria na utilização dos recursos. A alocação de recursos costuma ser feita parte pelo custo efetivo das ações e parte pelo gasto histórico, pois muitas vezes as secretarias de saúde não possuem a prática da apuração de custos.

6) Monitoramento do contrato: É necessário que se acompanhe a execução das ações contidas no plano de ação ou operativo, tarefa da coordenação e equipe local. Também é conveniente que as estruturas regionais, nos grandes municípios, ou centrais nos menores acompanhem esta etapa, no sentido de oferecer apoio institucional, aportando novos saberes, práticas, recursos e um olhar mais externo, auxiliando a equipe local a ampliar sua capacidade reflexiva.

Uma das possibilidades para o acompanhamento é a instituição de comissão de acompanhamento e avaliação do contrato, a qual deverá ser composta com representantes dos três sujeitos implicados no SUS: gestor, trabalhador e usuário.

Desta maneira, ao se fazer a prestação de contas e avaliação do alcance das metas do contrato de gestão, haverá maior probabilidade de êxito, funcionando como fator de estímulo, além da valorização financeira do trabalho executado.

7) Prestação de contas e mecanismos de incentivo: Os mecanismos de prestação de contas devem estar explícitos no termo de compromisso. Tanto a prestação de contas dos resultados alcançados, bem como a forma de repactuação dos eventos negativos, deve

ter divulgação ampla e ser acompanhada pelo Conselho local de saúde e pelo Colegiado gestor da unidade.

Um dos argumentos mais utilizados na defesa dos contratos dentro do SUS é a sua potente capacidade de motivar e trazer para o estabelecimento de compromissos os trabalhadores da saúde, devido ao componente de remuneração por desempenho, baseado em mudanças nos processos de trabalho e impacto na melhoria dos resultados sanitários. Do nosso ponto de vista, a resposta dos trabalhadores frente a incentivos econômicos é um lado da história. O outro é o reconhecimento de que a trajetória da política de pessoal no SUS tem deixado a desejar. Muitas vezes os profissionais exercem suas atividades sem adequada qualificação para tal, com escassez de recursos e com poucas perspectivas de crescimento e realização pessoais, sem falar nos níveis salariais problemáticos em muitas realidades. Portanto, não é estranho, nem indesejável que a oferta de incentivos econômicos possua capacidade de envolvimento e maior compromisso com o exercício profissional. Mas se não agregarmos a este dispositivo as outras características da gestão, haverá tendência a um esgotamento do efeito positivo.

Ainda neste caso, ao envolver-se parte dos recursos financeiros destinados ao pagamento de pessoal em mecanismos de avaliação com capacidade de agregar e retirar percentuais dos vencimentos é necessário que a instituição tome algumas precauções. Uma delas é verificar a exequibilidade das metas e a outra é garantir apoio institucional, nos moldes propostos por Campos (2000), para que o resultado final desejado possa ser alcançado. Iniciada a prática da contratação de serviços e resultados entre dirigentes e equipes de trabalhadores, haverá uma possibilidade de novos arranjos organizacionais, mais flexíveis para dar conta de situações hoje de difícil solução, como por exemplo, a atuação dos especialistas na retaguarda à rede básica, uma vez que a contratualização deva ocorrer em todas as instâncias de uma determinada rede de saúde.

Concluindo, é sempre bom salientar, que uma defesa enfática de dispositivos de gestão não os torna respostas para todos os problemas. O SUS ainda tem muito a evoluir na gestão de pessoas e na qualificação da clínica. Os contratos de gestão são instrumentos e visam atender a finalidade de qualificar a atenção à saúde.

Bibliografia

Campos, Gastão Wagner de Sousa – Um método para análise e co-gestão de coletivos- editora Hucitec, SP, 2000.

Campos, Rosana Onocko – O planejamento no labirinto uma viagem hermenêutica-. Editora Hucitec, SP, 2003.

Cecilio, L. Carlos de Oliveira – Inventando a mudança na saúde. Editora Hucitec, SP, 1994.

Dias, RB; Castro, FM. Grupos Operativos. *Grupo de Estudos em Saúde da Família*. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

Matus, Carlos – Planificação, liberdade e conflito. ILDES, 1989.

_____ Método Altadir de Planificación Popular. Buenos Aires, Lugar editorial; 2007.

Veillard, J.; Champagne, F.; Klazinga, N.; Arah, O.A.N. e Guisset, A.L. – A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project – *International Journal for Quality in Health Care* 2005; volume 17, number 6: pp 487- 496.

Tancredi, F.B.; Barrios, S.R.L. e Ferreira, J.H.G. – Coleção Saúde e Cidadania :Planejamento em saúde. Editora Petrópolis, SP, 1998.

Testa, Mario – Rivera, F. Javier Uribe (organizador) Planejamento e programação em Saúde um enfoque estratégico- Cortez Editora, SP, 1989.

Testa, Mario – Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da Saúde. São Paulo, Abrasco-Hucitec; 1995.

Zimerman,D. E. & Osorio,L .C [et.al] "Como trabalhamos com grupos" Artes Médica
,Porto Alegre, 1997

Saúde Mental na Atenção Básica

Rosana Onocko Campos

Carlos Gama

Por que se preocupar com a atenção à saúde mental na atenção básica?

A demanda de Saúde Mental na Atenção Básica é muito grande e variada. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar a magnitude dos problemas de saúde mental e fundamentais na formulação de políticas públicas, na estruturação de serviços e no planejamento de programas de prevenção e tratamento.

Mari, Jorge e Kohn (2007) afirmam que não há estudo representativo dos índices de prevalência de problemas mentais a nível nacional e que para se ter uma estimativa da dimensão do problema é necessário recorrer a várias pesquisas. Em uma das pesquisas citadas (Kessler et al., 1996) são utilizados os índices de doenças mentais (DM), doenças mentais severas (DMS) e doenças mentais persistentes (DMP) que são considerados úteis para o planejamento de serviços de atenção. A partir das estimativas de prevalência deste estudo realizado nos Estados Unidos, se fez uma transposição para a população brasileira sendo encontrados os índices de 24,2% para doença mental, 6,0% para DMS e 3,1% para DMP.

Maragno et al (2006) pesquisaram a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) numa unidade do PSF-Qualis na periferia de São Paulo. A definição de TMC utilizada refere-se à indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV e CID-X, mas que apresentam sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas que trazem uma incapacidade muitas vezes pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. A prevalência encontrada foi de 24,95% sendo que os grupos mais vulneráveis foram mulheres, idosos, baixa escolaridade e menor renda per capita. Barros (2005), estudando uma população de 3890 pessoas com 18 anos ou mais, verificou a prevalência de TMC de 17,4%.

Outro estudo citado por Mari, Jorge e Kohn (2007) foi realizado na cidade de Pelotas RS e encontrou um índice de prevalência para Transtornos Mentais de 22,7% (de Lima et al,1996). Este estudo também verificou uma relação inversa entre ganhos, escolaridade e prevalência dos transtornos emocionais.

Bordin & Paula (2007) afirmam que existem dados escassos com relação à prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Citam o estudo de Fleitlich e Goodman (2001) que realizaram pesquisa em Campos do Jordão, com crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 14 anos. O estudo trabalhou com população de uma favela, com uma comunidade urbana estabelecida e uma comunidade rural. No total, 15% dos sujeitos apresentaram problemas de saúde mental, no entanto, a população oriunda da favela apresentou 22%, da comunidade urbana 12% e da comunidade rural 12%.

Estes dados confirmam outras pesquisas internacionais que associam o baixo nível sócio econômico com um aumento dos problemas mentais. Outro fator importante a se considerar é que as adversidades duradouras e repetidas são muito prejudiciais ao desenvolvimento infantil. A acumulação de muitos fatores negativos ocorrendo simultaneamente contribui mais para o aparecimento de problemas mentais que a presença de fatores de estresse isolados, independente de sua magnitude. (BORDIN & PAULA 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003) aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando de atendimento regular.

Estes dados que apontam à magnitude do problema, fazem-nos refletir a respeito da melhor maneira de garantir o acesso e tratamento desta população. O tema tem interessado recentemente a vários meios de discussão científica. No ano de 2007, *The Lancet* (2007), uma das mais importantes revistas científicas na área médica publicou

uma série intitulada “Global mental health”, que contém 6 artigos discutindo a importância dos problemas de saúde mental para a saúde em geral, a prevenção, as propostas de tratamento, os obstáculos para a implementação, os recursos disponíveis e a necessidade de maior investimento na área de saúde mental. Os artigos têm uma preocupação especial com os países em desenvolvimento.

Pesquisas recentes mostram que para os usuários portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, já existe no Brasil, uma política de saúde mental eficaz em andamento. Através dos equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda como "volta para casa" e moradias protegidas, vai se construindo uma rede de proteção, tratamento e reinserção social (Onocko Campos et al, 2005). No entanto, para os transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental. Na pesquisa avaliativa referida (Onocko Campos et al, 2005) um dos pontos em destaque foi a dificuldade da integração entre os Caps e a Atenção Básica.

A atenção básica e saúde mental no Brasil nos dias de hoje

Uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar uma resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz. Todavia, uma série de fatores irá dificultar o acolhimento e tratamento do usuário. A falta de diretrizes por parte do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento. Afinal: que sofrimento é esse?

A criação do Programa, depois Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como um modo de promover a transformação do modelo tradicional de atenção à Saúde, valorizando o trabalho multidisciplinar, buscando aproximar as ações do território, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população, o trabalho de prevenção de doenças e promoção da Saúde (Carmagnani & Santana, 2001).

Entendemos esse espaço como estratégico para se fazer à aproximação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, haja vista que existe certa comunidade de concepções e objetivos que facilitariam este processo.

Neste sentido, desde 2001 pode-se notar uma maior preocupação do Ministério da Saúde para enfrentar esta questão. Através de Oficinas, Seminários e participações em Congressos, há um início de debate a respeito de como se fazer esta aproximação. Em novembro de 2003, houve a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Este documento começou a delinear algumas diretrizes para esta aproximação, propondo o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, a Formação como estratégia prioritária e a Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica. O modelo propõe uma rede de cuidados articulada ao território com parcerias intersetoriais, possibilitando intervenções transversais de outras políticas públicas.

Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento. Os princípios fundamentais são: Noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade / interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia.

Recentemente, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde lançou a portaria 154 que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a abrangência e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Os NASF seriam formados por profissionais que não estão contemplados dentro da Equipe mínima da ESF, sendo destinados a fazer o matriciamento das equipes.

Os Núcleos de apoio à Saúde da Família não funcionarão como porta de entrada do sistema, mas, sim, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento das demandas do território. A proposta tenta rever a prática do encaminhamento com base na referência/ contra-referência, objetivando um acompanhamento longitudinal. Cada Núcleo ficaria responsável por um número de unidades de ESF realizando apoio matricial e construindo articulações com os serviços de

referência existentes tais como Caps, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esporte e com profissionais de serviços especializados.

Segundo Campos (2007) o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial como suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Baseados na concepção deste autor, técnicos do ministério propuseram a seguinte definição:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (Ministério da Saúde, 2003, p.4)

Apesar destas iniciativas do Ministério da Saúde, esta aproximação tem esbarrado em dificuldades relacionadas às particularidades do campo da Saúde Mental. A ESF propõe mudanças paradigmáticas na maneira de se conceber a relação do profissional com a população e com a questão saúde-doença. Estas mudanças são muito difíceis de serem realizadas porque implicam em uma cadeia de transformações que afetam desde concepções pessoais dos diversos agentes a respeito do problema até questões políticas mais amplas.

No nível individual, o tema saúde–doença envolve a mobilização muito grande de questões emocionais no profissional. Muitas vezes, o diagnóstico apresado, a conduta extremamente técnica e desumana, a medicalização de todas as queixas e as barreiras ao contato, podem obedecer a mecanismos de defesa contra identificações e angústias relacionadas ao tipo de trabalho.

Pode, também, ocorrer o contrário, uma abertura muito grande do profissional ao sofrimento vivenciado pelo usuário de forma que seja invadido pelo problema, não conseguindo manter uma distância que lhe permita certo discernimento a respeito da situação, perdendo assim a potência de sua intervenção (aqui subjaz o problema de não

termos mais uma clínica, somente um ‘cuidado’ igual ao que qualquer parente angustiado poderia dar).

Até mesmo os profissionais que tem formação específica na área da Saúde Mental como Psicólogos e Psiquiatras possuem dificuldades, que estão ligadas a própria formação acadêmica que tiveram, para atuar na Atenção Básica. A formação do psicólogo ainda está centrada numa clínica tradicional e elitizada com enquadre rígido, privilegiando aspectos individuais e curativos dando pouca evidência às questões sociais e de promoção da saúde (CFP, 1994). A formação dos psiquiatras, com raras exceções, tem privilegiado o biológico com ênfase nas medicações. Os cursos técnicos e de graduação na maioria das vezes propõem conteúdos da Saúde Mental muito descontextualizados da Atenção Básica. Valentini et al (2004, p.527) afirmam:

Freqüentemente, esses profissionais da rede de atenção primária à saúde aprenderam sobre temas relativos à psicologia e psicopatologia em situações clínicas muito distantes da prática de seu dia-a-dia. Na realidade, a maioria dos médicos no Brasil, e freqüentemente em outros países, é treinada em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, onde os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do centro de saúde.

Com relação à formação, os autores enfatizam a necessidade da formação técnica continuada a partir da vivência cotidiana nos serviços. A falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com os problemas de saúde mental vai produzir grande sofrimento psíquico e comprometer a resolutividade da intervenção. Muitas vezes os profissionais que conseguem estar mais próximos dos pacientes da mental são os Agentes de Saúde que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa.

“Os conhecimentos técnicos teriam, na nossa argumentação, duas funções produtoras de eficácia: uma específica na produção de saúde dos usuários, e outra importante na produção de saúde dos trabalhadores. Eles poderiam ser a mola da ampliação da clínica (Campos, 2003), do resgate da dimensão do cuidado, da melhora nos processos intersubjetivos de comunicação, etc.” Onocko Campos (2005, p.579)

É comum encontrarmos equipes trabalhando cindidas, uma parte trabalhando os problemas físicos e outra responsável pelos problemas psíquicos. Há grande dificuldade de implantação do que é preconizado pelas políticas públicas. As práticas de Saúde Mental na Atenção Básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, faltando preparo aos profissionais. Isto acarretaria uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, infantilização, etc.

Para continuarmos esta reflexão a respeito da Saúde Mental na Atenção Básica temos que estar atentos aos diversos fatores envolvidos neste processo que vão desde as condições econômicas e sociais da população, passando por questões ligadas à subjetividade contemporânea, pela maneira como estão organizados os serviços e que tipo de demanda induzem, até a capacitação dos profissionais envolvidos nesta tarefa.

Dessa conformação de relações extremamente singulares é que sairão os pedidos, as demandas, que serão encaminhadas à equipe e será aprofundando e alargando a compreensão desses pedidos que, uma abordagem da saúde mental na rede Básica, poderá se constituir como eficaz para defender a vida, para diminuir a dor e o sofrimento extremo.

Como é viver hoje em algumas regiões do Brasil

Vivemos numa sociedade regulada pela lógica capitalista, pautada num modelo neoliberal e globalizado, onde o que importa é a capacidade produtiva do sujeito e tudo que não se adequa a este ideal é desqualificado. A chamada “sociedade do espetáculo” pressupõe um sujeito competitivo e individualista, que valoriza sua ascensão profissional e seu sucesso pessoal em detrimento de princípios solidários.

As relações interpessoais aparecem como cada vez mais supérfluas, baseadas em interesses e projetos pessoais, afastando-se de projetos coletivos. Há um imaginário social que associa a possibilidade de consumo à construção identitária do sujeito, valorizando o “ter” em detrimento do “ser” (Birman, 2001).

O processo de globalização introduz novas dinâmicas sociais onde mudanças ocorrem de modo cada vez mais rápido, exigindo do sujeito capacidade de adaptação e

transformação. As relações de trabalho são precarizadas, provocando tensão constante no sujeito a respeito de sua capacidade e permanência no trabalho.

Em função da má distribuição de renda, da ausência de políticas públicas consistentes e da falência do Estado em gerir a educação e a segurança pública, ocorre uma explosão da violência, vitimando principalmente os bairros da periferia onde habitam as pessoas de baixa renda. A relação entre o Estado e a população vai ficando marcada pela “omissão”, em que o Estado não consegue garantir os direitos básicos da cidadania.

Todos estes fatores contribuem para o aumento da sensação de “desamparo” na contemporaneidade. O sujeito que não consegue, por algum motivo, incluir-se no trabalho e nas diversas instituições sociais inicia um processo de *desqualificação social* (Paugam, 2001), acompanhado de muito sofrimento, que num primeiro momento vai desestabilizá-lo e em seguida pode adoecê-lo.

É interessante pensarmos que, historicamente, no Brasil existiu uma rede de proteção social que estava vinculada ao trabalho com carteira assinada. O trabalhador da economia informal e o desempregado não podiam contar com programas de proteção social. O SUS reverteu essa situação. A saúde passou a ser dever do Estado e direito de todos. Recentemente vemos surgir programas de renda-mínima para a população carente, mas os valores transferidos ainda são muito baixos.

Este quadro traçado de maneira rápida nos permite pensar que há uma ligação muito estreita entre dinâmica social e processos de adoecimento (Sawaia, 2001; Araújo & Carreteiro, 2001; Birman, 2001). A questão dos determinantes sociais do processo saúde-doença está na pauta das discussões contemporâneas no campo da Saúde Pública (ABRASCO, 2006).

O SUS, na medida em que possibilita acesso universal à população, independente de sua situação, acaba se tornando uma das únicas opções para o sujeito pedir ajuda. Em muitos casos, este pedido está relacionado com a precariedade e vulnerabilidade social. No entanto, sempre pode ocorrer no paciente um deslizamento do sofrimento social para o individual.

O sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo no interior da esfera de proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade

dentro de duas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença. (Carreteiro, 2001, p.93):

Assim, pode haver uma passagem de mal-estar provocado pelo desamparo social para a doença. Se quisermos responder aos problemas de gênese social no plano psicológico, estaremos aprisionando os indivíduos na culpabilidade e impotência. No entanto, não podemos deixar de lado os efeitos psíquicos das situações sociais e econômicas (Gaulejac, 2001).

Problematizar este aspecto é extremamente importante, pois vai colocar, dentro das pautas de discussão da saúde, a questão da subjetividade articulada às condições de vida e ao adoecimento e vai requerer dos profissionais uma análise mais profunda, que não se resuma à questão técnica de procedimentos em saúde. Frequentemente encontramos trabalhadores bem-intencionados, mas sem capacitação para lidar com uma problemática tão complexa. (Onocko Campos, 2003; 2005).

Czeresnia (2003) reflete a respeito das dificuldades encontradas no campo da saúde com relação às maneiras de se encarar o adoecimento. De um lado temos um saber técnico, construído a partir de conceitos explicativos do real baseados numa racionalidade positivista e de, outro, o sofrimento do sujeito, carregado de afetividade e angústia. A comunicação entre estas duas experiências é bastante problemática, pois há uma tendência a querer encaixar o sujeito no modelo explicativo criado sem levar em consideração sua subjetividade. O que acontece é uma dificuldade grande na relação entre os técnicos da saúde e a comunidade, o que leva à não adesão do sujeito ao tratamento.

O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer. (Czeresnia, 2003, p.40)

Isto não significa o abandono dos modelos construídos a partir da racionalidade científica, mas encontrar formas de transitar entre razão e intuição, encontrar novos caminhos para articular e utilizar o conhecimento científico na operacionalização das práticas de saúde que possam dar conta da singularidade e subjetividade do adoecer concreto.

Cohn (2001) aponta que esta dificuldade fica muito clara quando se estabelece políticas e programas de saúde baseados em parâmetros definidos por indicadores selecionados definindo grupos mais vulneráveis. Cria-se uma realidade objetiva, no entanto há um desconhecimento do modo de vida da população. Esta se transforma em abstração sem identidade e sem subjetividade.

As políticas públicas de saúde podem facilmente se converter em aparato de poder servindo para a reprodução de condições do interesse do capital e controle sobre o modo de vida da população.

“Quando a racionalidade técnica localiza no interior (biológico ou psicológico) dos indivíduos a fonte de seus problemas, acaba por escamotear os conflitos sociais e produzir dependência, tanto aos preceitos cientificamente normatizados de saúde quanto às intervenções disciplinares por parte dos agentes de normatização.” (Andrade & Araújo, 2003 p.77).

As ações em Saúde Pública são sempre práticas sociais e revelam o jogo de forças e interesses em questão em determinada situação. Há sempre a possibilidade de estas práticas reafirmarem uma visão preconceituosa e excludente, que reproduz o processo de desqualificação social do sujeito. A medicalização das práticas de saúde, a mercantilização da medicina, a extrema especialização dos profissionais, a distância social existente entre o médico e o paciente, são características que apontam para uma despolitização do conceito de saúde, pois, ao invés de trabalhar com a promoção da autonomia, gera relações de tutela e apagamento do sujeito (Andrade & Araújo, 2003).

Carreteiro (2001) sustenta que as instituições podem oferecer aos indivíduos “projetos doença” e estes podem aceitá-los para ter legitimada a sua cidadania e certas condições de sobrevivência. Um exemplo clássico desta situação é o atendimento de mães de

crianças desnutridas que recebem leite e cesta-básica enquanto o filho não atinge determinado peso. Muitas delas chegam a restringir a dieta da criança para não perder o benefício.

Temos, portanto um campo delimitado a partir do percurso anterior que se concretiza quando certo tipo de demanda (de origem social) solicita o serviço de saúde. Neste momento, há o encontro de dois universos que possuem diferenças substanciais, mas que precisarão estabelecer trocas para que a relação se estabeleça e o trabalho na área da saúde aconteça. Neste encontro há aspectos subjetivos bastante complexos com os quais o profissional da saúde terá que lidar.

No que diz respeito ao campo da Saúde Mental, existem algumas dificuldades relacionadas à idéia hegemônica, também no campo da saúde, de uma separação entre mente e corpo. Nesta leitura, os problemas psíquicos deveriam ser tratados por especialistas. O conceito de Clínica Ampliada (Campos, 2003; Cunha 2005) tenta dar conta deste problema ao colocar em destaque outros aspectos relacionados ao adoecimento do sujeito além do biológico.

Ao se propor a integração no Projeto Terapêutico Individual de riscos e vulnerabilidades biológicos, psicológicos e sociais, trata-se de uma proposta que pretende superar o modelo biomédico de atenção à doença, mas sem colocar o vazio em seu lugar. A Saúde Coletiva sempre fez a crítica à biomedicina, mas substituiu-a às vezes por palavras de ordem preventivistas ou promotoras de saúde que também não dão conta da necessária assistência quando falamos de sofrimento. Dizer que esse sofrer não está no corpo, ou numa mente desse corpo autonomizada, não significa negar a existência dessas dores e muito menos mostrar insensibilidade a essas demandas que aparecem no território.

Alguns conceitos que poderiam operar como balizas éticas da saúde mental na atenção básica:

Pretendemos aqui discutir um pouco alguns conceitos que poderiam ser operacionais e também operadores da ética necessária para não sermos produtores de controle social ou de impotência.

Gostaríamos de começar pela importância de se trabalhar com a noção de sujeito, porém não só com o sujeito moral ou cidadão, senão com o sujeito do inconsciente. Entendemos que a introdução do conceito de inconsciente no campo da saúde nos ajudará a aprofundar a análise que estamos propondo, no sentido de investigar a articulação entre a subjetividade, as relações sociais e a saúde do sujeito.

“Na ética que caracteriza a psicanálise, todo sujeito é mais do que portador do cogito cartesiano. A descoberta do inconsciente por Freud marcou uma das grandes quebras da modernidade na opinião de alguns autores (Benasayag & Charlton, 1993). Assumir que as pessoas, os trabalhadores de saúde, também agem movidas por reações inconscientes, que elas próprias desconhecem, e sobre as quais não detêm o controle mudará nossa forma de abordar os equipamentos de saúde e as relações que ali se desenvolvem. O reconhecimento da dimensão inconsciente mudará nossas análises” (Campos & Onocko Campos, 2007)

Existem alguns autores como Bleger, Kaës, Enriquez, Lévy e outros que, a partir de Freud, vão pensar a constituição do psiquismo relacionada aos vínculos grupais, institucionais e sociais. A contraposição entre indivíduo e grupo não faria sentido. Para estes autores o psiquismo se estruturaria apoiado em elementos externos que seriam responsáveis por garantir a estabilidade psíquica. Estes elementos seriam o próprio corpo, a mãe, os grupos, as formações coletivas, mitos, ritos, etc.

A este respeito nos diz Kaës (1991, p.28):

Entendo apoio no sentido que Freud empregou este conceito, não apenas nos Três ensaios sobre a sexualidade (1905), mas também nos desenvolvimentos posteriores do seu pensamento e até nos seus últimos escritos. Ao lado do apoio de determinadas formações psíquicas sobre as ‘funções corporais necessárias à vida’ ele desenvolveu o conceito de apoio de outras formações psíquicas sobre as instituições da cultura e do vínculo social.

As instituições são entendidas aqui como formações discursivas que adquiriram valor de verdade (Onocko Campos, 2005). Elas podem ser pensadas com um conjunto de práticas ou de relações sociais que se repetem e se legitimam enquanto se repetem

(Guilhon de Albuquerque, 1978). Elas são um conjunto de regras, enunciados e valores produzidos histórica e coletivamente que, serão manifestados por organizações, leis, padrões de viver, sentir e relacionar que regem e organizam o viver num determinado momento (Baremlitt, 1998).

Os trabalhadores de uma dada instituição produzem serviços, idéias, imagens e falam a partir dos lugares que ocupam nas relações instituídas que se repetem e se legitimam nesta repetição. A singularidade do sujeito encontrará ressonâncias nas redes de relações que são estabelecidas nas instituições, demarcando uma posição a partir da qual ele se reconhece e é reconhecido.

Para Kaës (1991, p.20):

A instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos; mas com este pensamento que destrói a ilusão centrada de nosso narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam nossa identidade.

Para o autor a instituição realizaria múltiplas funções psíquicas, mobilizando investimentos e representações relacionados à estrutura, à dinâmica do sujeito e sua economia pessoal, proporcionando as bases da identificação do sujeito com o social. Ela facilita a organização do psiquismo ao mesmo tempo em que o ampara, constituindo “*o fundo da vida psíquica no qual podem estar depositadas e contidas algumas das partes da psique que escapam à realidade psíquica*” (pág 27).

Bleger (1988) defende que cada indivíduo tem sua personalidade comprometida nas instituições e à medida que isto ocorre, configuram-se distintos significados e valores nesta relação. Quanto mais integrada a personalidade, menos depende do suporte que ela lhe presta e, ao contrário, quanto mais imatura a personalidade, maior a dependência. A instituição, além de ser um instrumento de organização, regulação e controle social, funciona também como depositário de conteúdos psíquicos organizando, regulando e equilibrando o psiquismo de seus membros.

Para este autor as instituições funcionam como sistemas de defesas ou controle das ansiedades psicóticas. Apesar de a instituição possuir uma existência própria e externa ao sujeito, seu funcionamento se acha regulado, de um lado, pelas leis objetivas da realidade social em questão e, de outro, pelos conteúdos projetados pelos sujeitos, isto é, pela dinâmica do psiquismo. Isto significa dizer que há uma contaminação do funcionamento e dos objetivos da instituição pela dinâmica do sujeito, que a utilizam como fonte de satisfação e compensações (normais e neuróticas).

Portanto:

“Trata-se de poder compreender também que esses espaços são frequentemente lócus de apresentação de uma mise-en-scène de estados pulsionais inconscientes”.
Onocko Campos (2005, p.578)

Esse referencial nos permite aprofundar a análise a respeito da relação entre sujeito e instituição. Retomando nossa discussão anterior sobre o campo da Saúde Mental na Atenção Básica, nos colocamos as seguintes questões: Quais as demandas que se colocariam no encontro do sujeito-usuário e o sujeito-profissional da saúde? O que sustenta esta relação? Qual o vínculo com a instituição de saúde em questão? Que resistências, fantasias, pactos inconscientes estariam colocados nesta relação? Quais questões inconscientes surgem a partir da necessidade de mudanças impostas pela transformação de paradigmas de atenção? Que tipos de defesas são construídas. Todas estas questões se tornam muito mais complexas quando pensamos em formações psíquicas inconscientes e coletivas.

Kaës (1991) propõe criar dispositivos de trabalho que permitam restabelecer um espaço subjetivo conjunto, uma área transicional comum, relativamente operatória. Portanto, seria necessário incorporar novas disciplinas na formação de gestores e planejadores que lhes permitissem entender as várias dimensões com que estão lidando na hora das decisões e conflitos no palco grupal, pois não se trata somente de criar espaços de fala e trocas auto-reflexivas que propiciariam a democratização e um grau de análise maior das práticas, coisa de por si já importante.

Algumas recomendações para o desenvolvimento de boas práticas de saúde mental na atenção básica à saúde:

Após este percurso que não tem a pretensão de esgotar a complexidade da Saúde Mental na Atenção Básica, ao contrário, introduzir diversos elementos que vão explicitá-la; entendemos que seria importante apontar alguns arranjos, dispositivos e práticas que auxiliariam no avanço das propostas de trabalho.

Acolhimento/ avaliação de risco/ análise da demanda

Como foi apontado no início do texto, existe uma demanda muito grande na atenção básica relacionada à saúde mental. É muito comum esta demanda estar reprimida, seja por ausência de profissionais capacitados para atendê-la, seja por falta de profissionais suficientes ou, muitas vezes, por existirem profissionais que tem uma concepção de intervenção e organização do trabalho muito inadequadas para o trabalho na saúde pública.

Percebemos que diante desta questão, grande parte dos serviços adota a fila de espera e vão chamando os usuários na medida em que os profissionais têm disponibilidade. O grande problema deste tipo de organização é que não se faz avaliação de risco e desta maneira não se trabalha com os casos que deveriam ser prioridade por conta da gravidade. O dispositivo do acolhimento (Campos, 1994) permite que todo usuário que demande um atendimento na área de saúde mental, seja ouvido de maneira mais profunda, por um profissional da área de saúde mental ou de outra área com capacitação e que o andamento do caso seja feito a partir de critérios pré definidos relacionados ao risco, ao sofrimento e urgência do problema. Assim, é possível dar um primeiro amparo ao portador de sofrimento mental e a partir das informações colhidas hierarquizar e organizar o fluxo e o tipo de oferta de tratamento que o serviço realizará. Às vezes essa escuta qualificada pode demandar mais de um encontro. Como diz Oury:

“Um dos preâmbulos desse trabalho é poder decifrar naquilo que se apresenta o que é importante acolher, e de qual maneira acolhê-lo. A função de acolhimento é

a base de todo trabalho de agenciamento psicoterapêutico. Não se trata, certamente, de se contentar com uma resposta “tecnocrática” tal como função de acolhimento = hóspede de acolhimento! O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido. Esse processo pode-se fazer progressivamente, por patamares, e às vezes não é senão ao fim de muitos meses que ele se torna eficaz para tal ou tal sujeito psicótico à deriva. Tudo isso exige uma certa sensibilidade ao próprio estilo dos encontros: esperar passivamente, isto não é neutralidade, mas, freqüentemente, uma espécie de sadismo camuflado”. (Oury, 1991)

Daqui também se desprende a necessidade de pensarmos no acolhimento como uma instância que deve ter efeitos. O que nos leva ao tema seguinte: como intervir? Quando intervir?

Intervenções breves, na crise

Na maioria das vezes, os usuários que chegam para atendimento em saúde mental estão em momento de crise. É um momento delicado, pois o sujeito encontra-se muito fragilizado, com sensação de impotência frente à resolução de seu problema e desejando que o outro dê conta de acabar com seu sofrimento. Temos apontado (Onocko Campos et al, 2008) que, na atualidade, as crises se apresentam muito vinculadas à impulsividade, a passagens ao ato e a sintomas no corpo (próprio ou das crianças a cargo no caso das mulheres) que exigem uma abordagem diferente da que estamos acostumados:

“Por que não pensarmos, então, que nestes tempos de redefinição de limites – nos trazendo a urgência de novas fronteiras – a angústia contemporânea procura um território, um novo território, encontra-o no corpo... e aí se materilaiza?” (Knobloch, 2002)

É claro que existem diferentes tipos de crises e diversos graus de vulnerabilidade frente a elas, no entanto, de maneira geral o sujeito precisa ser acolhido pelo serviço neste momento. O tempo da intervenção na crise é um outro tempo (Knobloch, 1998),

sua intensidade faz possíveis intervenções muito potentes e não necessariamente crônicas.

Esta intervenção poderá ser breve, mas deve ser intensa o bastante para que possa apontar questões centrais para esse sujeito, nessa conjuntura particular: nem sempre à busca de um sentido, às vezes de um trânsito entre questões nunca abordadas, outras à ligação entre aspectos aparentemente desconexos.

Para além do acolhimento, é interessante que o serviço possa construir um projeto de atendimento para esta crise. Uma intervenção que produza um desvio (Passos e Benevides, 2001), escolhendo momentos privilegiados, atentando para a emergência de signos, uma verdadeira espera ativa. Que contribua para um movimento do sujeito da posição de alienação/ dependência à responsabilização. Já que: *“A pessoa, mesmo dissociada permanece uma pessoa, com um nome”*. (Oury, 1991)

Para que este dispositivo possa ser colocado em prática, é necessário que o serviço organize a agenda dos profissionais de modo que eles tenham alguma mobilidade para introduzir intervenções breves na crise para quem necessitar. Estas intervenções podem acontecer diretamente com o usuário na unidade de saúde, podem ser realizadas em visitas domiciliares, no atendimento de familiares e em outras ações necessárias.

Projetos terapêuticos singulares.

O projeto terapêutico singular é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. Ele pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo. É de fundamental importância a participação do usuário na formulação do seu PTS, assim como a implicação da família quando houver necessidade. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para realização e data para avaliação do processo.

Responsabilização do sujeito

Os serviços de saúde têm uma tendência a identificar o usuário do serviço como um ser passivo, destituído de potencialidades para lidar com seu problema e seu sofrimento. Esta postura alimenta a dependência do usuário e reforça uma relação onde a potência sempre está localizada no pólo profissional. É comum assistirmos a discursos e análises culpabilizando e/ou estigmatizando a população oriunda de classes desfavorecidas. Representações congeladas que fixam a população em uma ou outra atitude (“eles são assim ou assado” como se de fato as pessoas pudessem ser todas de alguma maneira semelhantes)

No cerne desta questão está uma concepção preconceituosa a respeito da “pobreza” fruto de uma inversão ideológica onde as causas vão ser tomadas como conseqüências e vice-versa. No contato com a comunidade, é importante atentar para qual seria a concepção de ser humano que permeia as ações dos trabalhadores. Em última instância devemos estar atentos à questão das “profecias auto-realizáveis” tão comuns no encontro de sujeitos tão diferentes. Se o olhar para o sujeito já carrega desqualificação é quase impossível que a aquela relação possa produzir qualquer tipo de positividade ou transformação. (Monteiro, 2000). A responsabilização do sujeito pelo seu tratamento é um direcionamento que depende de uma revisão das concepções presentes nos profissionais do serviço para que estes possam olhar para o “paciente” de outra forma, descobrindo potencialidades e possibilidades do trabalho em conjunto. Na construção do projeto terapêutico discutido acima, este direcionamento é fundamental, pois é produtor de saúde mental.

O ponto da responsabilização é também fundamental para não operar uma espécie de tutela disfarçada. De fato, às vezes as equipes tratam aos pacientes como se eles fossem incapazes de toda e qualquer iniciativa e somente os profissionais soubessem o que lhes é benéfico ou não. Se essa postura é complicada em relação à saúde em geral, na saúde mental é deplorável por reforçar a atitude de que o sujeito não é responsável pelo seu sintoma, ponto que o

Freud já mostrava muito bem nos seus primeiros trabalhos: o recalque é uma atividade do sujeito.

O sintoma se estabelece como uma formação de compromisso, e se o sujeito desconhece isso conscientemente, ele sabe de uma outra maneira. Obturar a possibilidade de se interrogar sobre isso (sabendo no lugar dele, proferindo conselhos) não constituirá nunca uma clínica potente, do desvio, que se preocupe com as implicações políticas de sua produção (por isso sempre clínico –política, Passos e Benevides, 2001). Seres que não manipulam nem sua própria vida, mal poderiam tirar este país da situação de desigualdade estarrecedora em que se encontra.

Uso racional da medicação

A medicação é um grande recurso a disposição dos profissionais para o trabalho na área de saúde mental visando o bem-estar do usuário. No entanto, sabemos que o uso inadequado da medicação pode ser muito prejudicial para o tratamento. O uso da medicação pode ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelo seu problema, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio. A medicação pode também ser usada como simples forma de apaziguamento do sujeito, deixando-o prostrado e passivo, impedindo algum possível progresso do sujeito.

Outro fator importante a ser considerado é que a medicação é uma prerrogativa do médico o que lhe confere um “poder” sobre a equipe e os usuários que muitas vezes pode ser usado para dificultar práticas democráticas dentro das equipes multidisciplinares.

Refletindo sobre os itens anteriores, onde destacamos a importância da responsabilização do sujeito e a construção de um PTS em parceria com o usuário, seria interessante fazer estas discussões com relação à medicação.

A prescrição da medicação psiquiátrica nos equipamentos de saúde está muito banalizada. Ela acontece dentro de uma relação onde o médico prescreve e o sujeito aceita esta prescrição sem, na maioria das vezes, questionar. Nesta

relação, fica desqualificada qualquer percepção ou conhecimento que o sujeito possa ter a respeito de seu corpo, de suas percepções internas, em última instância, de qual o sentido desta medicação na sua vida. Esta relação inibe iniciativas do sujeito no sentido de poder responsabilizar-se pelo seu tratamento e ter iniciativas para transformar sua situação.

No Canadá uma experiência desenvolvida recentemente questiona exatamente o saber/poder relacionado à medicação. Neste programa, os usuários são incentivados e capacitados para fazer mudanças na medicação prescrita a partir de suas próprias sensações em relação aos medicamentos (Del Barrio, 2008). A experiência parte da premissa de que o usuário do medicamento possui um saber sobre seu efeito e que este saber deve ser levado em conta no processo de medicalização.

Vê-se claramente essa situação com um exemplo: se a regulação de uma dose de hipoglicemiante pode ser realizada com monitoramento freqüente de níveis de glicose em sangue, qual o monitoramento que daria conta disso no caso de remédios para o humor? A não ser que desenvolvamos relações de confiança médico-paciente que façam do depoimento do paciente a mola dessa regulação. O médico acompanha o processo, mas precisa ter uma abertura para reconhecer o saber do sujeito medicado. Resulta quase obvio afirmar que não é esta a situação mais prevalente nos serviços de saúde mental nem públicos nem privados.

Não se trata então de negar a importância que a medicação tem para o tratamento, mas de questionar a maneira como está sendo usada. Na construção do PTS e nas avaliações periódicas que são realizadas é importante que se discuta, com os envolvidos, a questão do sentido da medicação e qual o impacto que ela está tendo na vida do sujeito.

Práticas grupais

As práticas grupais constituem um importante recurso no atendimento aos usuários da Atenção Básica. É possível Identificar diversas modalidades de grupos tais como: Grupos abertos de acolhimento, Grupos temáticos relacionados

a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes, etc.), Oficinas temáticas (geração de renda, artesanato, etc), Grupos de medicação, Grupos terapêuticos, etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma forma de dar conta da demanda, mas sim, como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. O pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito.

Contudo muitas vezes prevalece um tipo de prática que, parafraseando Campos com a clínica degradada (2001), poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a uma cessão informativa reiterada, questões que estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes. Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido? Algum de nós iria a uma atividade como essa reiteradamente, com frequência?

Mas, se me ofereceram uma oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos, e se entre nós fossemos estimulados a buscar alternativas e soluções será que eu não iria?

Entendemos que as práticas grupais podem ser realizadas pelos diversos profissionais da equipe, dependendo do objetivo do grupo e do tipo de técnica a ser empregada, sendo incentivado o trabalho em parceria na condução destes grupos. Na medida do possível a equipe deve buscar meios para se capacitar para estas práticas, tanto de maneira individual quanto reivindicando da gestão capacitações para a equipe toda. Um conhecimento maior a respeito do funcionamento dos grupos ajuda na intervenção e na adesão dos usuários.

Ao final...

A exploração do campo da Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil é relativamente recente e complexa, sendo incipiente a sistematização de experiências e de

novos modelos de intervenção há dificuldades na troca de conhecimentos e capacitação dos profissionais. A diferença do que acontece em outros países nos quais o sistema de saúde há tempo destacou à saúde mental como prioridade, construindo inclusive indicadores de acompanhamento para avaliar seus médicos, como no sistema inglês, no Brasil há ainda os agravantes da deterioração urbana e da marcada desigualdade social para tornar ainda mais difíceis nossas intervenções.

Neste contexto, são exigidas do profissional intervenções que conjuguem as práticas intersubjetivas com uma realidade marcada pela demanda muito numerosa, e, na maioria dos casos, com problemas diversificados e com grande vulnerabilidade social. Estas questões apontam para a necessidade de reflexão e sistematização de experiências que estão acontecendo, problematizando o fazer dos profissionais neste campo, reconhecendo tendências e avanços.

A Saúde Mental na Atenção Básica está num processo de construção que necessita de contribuições das diversas áreas relacionadas ao problema. Assim, consideramos relevante refletir a respeito de como acontece o encontro entre profissional e usuário da Atenção Básica, contribuindo para a compreensão das dificuldades encontradas neste processo e os possíveis caminhos para superá-las, possibilitando uma melhoria do atendimento da Saúde Mental da População.

Bibliografia

- AMARANTE, P. (Coord) (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ARAÚJO, J.N. G & CARRETEIRO, T.C. (orgs.) (2001). *Cenários Sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta.
- DEL BARRIO, L.R. PERRON, N. OUELLETTE, J.N. (2008) Psicotrópicos e Saúde Mental: escutar ou regular o sofrimento. In ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. (orgs) *Avaliação em Saúde Mental: participação, intervenção e produção de narrativa*. São Paulo, Hucitec (no prelo).
- BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum in César, C.L.G. *Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – São Paulo: USP/FSP, 2005.*
- BAREMBLITT, G. (1998) *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Record – Rosa dos Tempos.
- BIRMAN, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BLEGER, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BORDIN, I.A.S. PAULA, C.S. (2007) Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros in MELLO, A.A. F; MELLO, M.F.; KOHN, R. (orgs) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed,
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2003) Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n **01 03** de 13/11/2003 –

- _____-(2007a) Atenção Básica e Saúde da Família Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> - acesso em 20/12/2007-
- _____. (2007b) Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.
- _____. (2008) Portaria No154, de 24/01/2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- CAMPOS, G.W.S. (1992). *Reforma da Reforma – Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____. 1994. Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde. In: *Inventando a mudança na saúde*. Cecílio, L.C. O. (org). São Paulo: Ed. Hucitec.
- _____. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde in *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev,
- CARMAGNANI, M.I. & SANTANA, M.L. (2001). Programa de Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. In *Revista Saúde e Sociedade*, 10(1).
- CARRETEIRO, T.C. (2001). Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência. In ARAÚJO, J.N.G. & CARRETEIRO, T.C (orgs). *Cenários Sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta.
- COHN, A (2001). Saúde coletiva: em busca da identidade. In *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 6(1).
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ACHCAR, R. (Coord.). (1994) *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CUNHA, G.T. (2005) *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.
- CZERESNIA, D. (2003). O conceito de Saúde e a diferença entre a Prevenção e a Promoção in Czeresnia, D. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- FERNANDES, M.I.A. (1999). *Saúde mental: a clausura de um conceito*. Revista USP, 43, 90-99
- FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (Orgs.) (1999). *Fim de século: ainda manicômios?*. São Paulo: IPUSP.
- FIGUEIREDO, M.D. (2006). *Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo Hermenêutico-Narrativo sobre o apoio Matricial na Rede SUS-Campinas (SP)* Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP.
- GAULEJAC, V. (2001). Psicossociologia e Sociologia Clínica. In ARAÚJO, J.N.G. & CARRETEIRO, T.C (orgs). *Cenários Sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta.
- GUILHON DE ALBUQUERQUE, J.A. (1978) *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- KAËS, R. (1991). Realidade Psíquica e sofrimento nas Instituições. In KAËS, R. et al. (orgs). *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p.1-39.
- KNOBLOCH, F, 1998. *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC – Fapesp
- _____, 2002. *Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento*. Tese de doutorado em psicologia clínica. PUC-SP.
- MARAGNO, L. et al.(2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. In. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1639-1648.
- MARI, J.J. JORGE, R.J. KOHN, R. (2007) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos in MELLO, A.A. F; MELLO, M.F.; KOHN, R. (orgs) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- MONTERO, M. (2000). Construcción, desonstrucción y crítica: teoria y sentido de la psicologia social comunitária em América Latina. In R.H. Campos; P.A. Guareschi *Paradigmas em psicologia social: a perspectiva latino americana*. Petrópolis: Vozes.
- OMS (2001). Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Biblioteca da OMS.
- ONOCKO CAMPOS, R. (2001). A palavra negada: Por uma clínica para os espaços substitutivos de Saúde Mental. Campinas (versão preliminar – mimeo).

_____. (2003). *O Planejamento no Labirinto: Uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Editora Hucitec.

_____. (2005). O encontro do trabalhador- usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3),573-583.

ONOCKO CAMPOS, R. et al(2005) Pesquisa avaliativa da rede Caps de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. Disponível em URL: http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. (orgs) (2008) *Avaliação em Saúde Mental: participação, intervenção e produção de narratividade*. Sao Paulo, Hucitec (no prelo)

OURY, J., 1991. Itinerários de formação. In: *Revue Pratique* nº 1 pp. 42-50. Tradução: Jairo I. Goldberg. (mimeo s/d e sem paginação).

PASSOS, E. & BENEVIDES, R., 2001. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: *Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ*. Rio de Janeiro, V13, n.1, p 89-100.

MS. (2001). O enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: *As Artimanhas da Exclusão – Análise Psicossocial e Ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes.

SAWAIA, B. (2001). *As artimanhas da Exclusão. Análise Psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes.

THE LANCET (2007) Series - Global Mental Health. Disponível em URL: <http://www.thelancet.com/collections/series/mental-health> [15/04/2008]

VALENTINI, W. ET AL (2004) Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. In. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2004, v.38, n.4, p.523-528.

Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território.

Gustavo Nunes de Oliveira e Paula Giovana Furlan

O conceito de território passou a freqüentar o cotidiano das equipes de saúde na atenção básica, com maior intensidade, a partir da incorporação do arranjo das equipes de referência e, em especial, da adoção da estratégia de saúde da família como política para a atenção básica (Brasil, 1994). Entretanto, a utilização do conceito de território tem importância na concepção dos sistemas públicos de saúde desde sua origem na primeira metade do século XX, para se pensar a organização de redes regionais de atenção à saúde.

Observa-se que há, nas práticas de saúde, distintas visões sobre o conceito de território, bem como acerca de tais práticas e responsabilidades sanitárias que seriam decorrentes destes variados "olhares". Consideramos importante realizar uma reflexão sobre as diferenças entre estes "olhares", particularmente aquele típico ao gestor e aos trabalhadores de saúde. Esses olhares têm correspondência com as distintas concepções do processo saúde-doença-intervenção e com as forças político-ideológicas em disputa, gerando distintas formas de coerência ou de resistência aos projetos e programas de saúde. Esta dinâmica tem influência direta sobre a correlação de forças e os modos de entender e intervir nos territórios e sobre a formulação de ofertas de bens e serviços de saúde. Esse texto visa analisar alguns dos diferentes olhares para o território, provocar reflexões para que o gestor e o trabalhador de saúde pensem nas potências e limitações desses "olhares" no cotidiano da formulação e da implementação de ações em saúde.

A partir dessa reflexão, pretendemos desenvolver algumas questões que julgamos importantes na co-produção de projetos voltados para grupos nos territórios. Consideramos a dimensão coletiva das práticas não só necessária para uma atenção básica qualificada, mas desafiadora no sentido de demandar, das equipes de saúde, um cuidado rigoroso com seus posicionamentos éticos-políticos.

Os diferentes olhares para o Território e suas possibilidades para a formulação de intervenções no campo da Saúde

Quando tomamos, por exemplo, as políticas de saúde no início da história republicana no Brasil (República Velha, 1889-1930) (Paim, 2003), elas tiveram como conjuntura determinante: a) no campo econômico, a inserção do Brasil no capitalismo com o modelo agro-exportador, b) no campo político, o poder oligárquico, c) no campo científico, o positivismo, as novas descobertas da microbiologia e d) no campo ideológico, o liberalismo. Nessa conjuntura, articularam-se esses diferentes campos determinando intervenções no campo social e da saúde, no sentido do saneamento das cidades e dos portos e do combate sistemático às epidemias, como ações de Estado. O "Higienismo Campanhista", em muitos sentidos presente até os dias de hoje nas práticas cotidianas de saúde, surgiu como resposta social à pobreza crescente de grande parte da população da época e às grandes epidemias. Nesse contexto, a corrente bacteriológica ganhou hegemonia como explicação do processo saúde-doença, munindo o Estado para intervir nos territórios (Merhy, 1987). O território, nesse momento, é entendido como o espaço físico (ambiente) onde se dá o encontro agente-hospedeiro. Desse modo, todo esse complexo de determinações concorre e ao mesmo tempo guia o olhar estratégico dos gestores e interfere nas relações cotidianas entre trabalhadores de saúde e a população, fundando não só possibilidades de intervenção, mas padrões de relação e de poder. Hoje não se pensaria em vacinar alguém à força. No entanto, em muitas intervenções na atenção básica, persiste a atitude *higienista* nas relações, nos registros e nas próprias intervenções.

Outro modo de olhar o território, talvez predominante na história recente das políticas públicas de saúde e nas práticas cotidianas na atenção básica, é aquele orientado pela noção do *risco probabilístico epidemiológico*.

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. Há histórico de modelos tecno-assistenciais que privilegiam o conceito de risco

como norteador das ações de saúde e da organização dos serviços de saúde sobre os territórios. Essa concepção remonta à década de 1960 com o conceito de dano, do método de planejamento elaborado pelo 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.

No Brasil, a Vigilância à 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” é pautada pela lógica do monitoramento e do controle dos riscos. Contudo, há na incorporação de estratégias de *promoção à saúde* a “noção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle daquilo que a pode ameaçar” (Ayres, 2002, p.29). O olhar sobre os territórios foi permeado desse referencial expressando-se através da criação de arranjos como os *Silos* (sistemas locais de saúde), dos *distritos sanitários* (Mendes, 1998), das estratégias de formação de uma *inteligência epidemiológica* (Waldman, 2006). A necessidade de entendimento dos processos de territorialização fez avançar o olhar para o território como espaço geopolítico, o território-processo em permanente construção (Unglert, 1995). Um dos grandes aportes teóricos dessa visão de território está baseado em Milton Santos (1926 – 2001).

Milton Santos (2002a) reflete sobre a idéia de racionalização do espaço geográfico, como etapa do movimento da sociedade que marcou o início da revolução industrial. 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. É também o conceito de necessidade que serve de base para a discussão da categoria divisão do trabalho que, segundo o autor, pode ser vista como um processo pelo qual os recursos disponíveis se distribuem social e geograficamente.

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. 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.

Santos denominou domínio das "horizontalidades" o referente ao cotidiano, à 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, as redes e o espaço das contigüidades (Santos, 2002b).

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 as possibilidades de resistência, o que ele denomina como a força do lugar, *o retorno do território*.

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 (Oliveira, 2008; Furlan 2008).

Todavia, tendo em vista o próprio referencial de Milton Santos, 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 demonstrado seu valor no direcionamento dos esforços e dos recursos tecnológicos da saúde, mas não confere discernimento suficiente sobre os contextos singulares presentes

no território. Mesmo quando se toma a questão dos *estilos de vida*, o que ocorre é uma “manobra conceitual” de individuação do risco em populações projetado sobre os indivíduos (Ayres, 2002) incorrendo muitas vezes numa estratégia prescritiva dos “estilos de vida saudáveis” e na “culpabilização da vítima” (Petersen, 1996; Lupton, 1999; Castiel, 2003; Carvalho, 2004, 2005).

O referencial do ‘risco probabilístico epidemiológico’ representou um grande avanço no campo da saúde, entretanto, tem cada vez mais determinado ‘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 a possibilidade de reprodução *a priori* de ações, apenas com base nas características regulares (normais – de padrão ou norma) medidas pelo risco e não por processos de análise de singularidades. Os processos de *territorialização* daí advindos, como etapa fundamental de “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes de trabalhadores na atenção básica, têm se detido a formulação de “mapas” - decalques ao modo de Deleuze e Guattari (1995) - compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, sócio-econômico, sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbi-mortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc. O importante a ressaltar é que a formulação desses “mapas” trás consigo potencialidades, podendo se constituir em uma produção importantíssima na aproximação entre equipe e território, dependendo dos modos como é realizada e utilizada. No entanto, há que se reconhecer as dificuldades das equipes de saúde na atenção básica em tornar essa produção algo dinâmica, constantemente atualizada e norteadora geral das intervenções e da avaliação das ações programáticas de saúde. Poderíamos arriscar, com base na experiência, que esse tipo de *territorialização* tende a imprimir um padrão excessivamente normativo de relação entre equipe e população caso a equipe leve em consideração apenas os achados advindos dessa produção na formulação de ações em saúde.

Outros modos de olhar o território e novas possibilidades

Os desafios contemporâneos se expressam nos territórios pela complexidade e amplitude dos problemas que aportam os serviços de saúde na atenção básica, de norte a sul do País. Problemas como a violência no campo e na cidade não deixam de fazer presença incessante nos serviços de saúde. A questão há muito deixou de ser reconhecer se são ou não questões para a atuação dos trabalhadores e gestores da saúde. De uma forma ou de outra, os serviços de saúde estão, cada vez mais, recebendo “casos” que expressam a realidade social dos territórios nos corpos e nas vidas das pessoas. Essa realidade crua vem provocando angústia e sentimento de impotência nesses trabalhadores e gestores. Nesse contexto é que propomos uma ampliação do olhar sobre os territórios.

Essa problemática não se resume ao olhar sobre os territórios. Outra questão relacionada à abordagem das problemáticas acima referidas na atenção básica é que as práticas de saúde voltadas para a atenção dos indivíduos são implementadas em detrimento das ações coletivas, numa falsa dicotomia. O território ainda é abordado sob o aspecto numérico da população, na divisão da população adscrita e, nos prontuários familiares, limita-se a uma descrição com argumentos estereotipados de quem observa, como “péssimas condições de higiene”, “condições precárias de moradia”, “família desestruturada” (Oliveira, 2008). As agendas dos serviços de atenção básica são organizadas por atendimentos clínicos individuais e os profissionais relatam sentir dificuldades de atuar em ações educativas, em grupos, nas visitas domiciliares, no território, fora do tradicional consultório, na prevenção e na promoção, ou mesmo em atividades curativas que poderiam ser realizadas de forma grupal e considerando interesses de coletivos e suas singularidades. Vemos que as inserções no território ou nos grupos, quando se dão, ainda são olhadas sob o aspecto da escassez de recursos e de tempo para atender a infinita demanda.

Também a preponderância do valor do uso da palavra/ verbal em detrimento do corporal e de outras formas de comunicação faz profissional e usuário de serviço de saúde temerem se colocarem em contato de outra forma, pela expressão, pelo imprevisto, no cotidiano, e não entenderem as diversas formas de manifestação da vida, do processo saúde-doença. As estratégias do uso do saber técnico como controle social ainda são

predominantes, as regras são ditadas e proferidas em tom de autoridade. Mas na vida, há diversas formas de resistência a esse modo de operar. É, por exemplo, o paciente do grupo de diabetes, que após ouvir o médico falar incessantemente qual alimento pode comer, chega a sua casa e come justamente o proibido.

Há um senso comum de que faltariam instrumentos aos profissionais em suas formações para considerar essas questões na construção de sua inserção no território e na formulação de intervenções com grupos e coletivos, mas são poucos os estudos dedicados a esse impasse e que trazem uma análise efetiva de como os profissionais de saúde vêm trabalhando tais práticas (Pereira, 2003; Ramos, 2006), seja com enfoque preventivo, educativo, de promoção ou de assistência. Experiências realizadas na construção da reforma sanitária brasileira identificam a qualificação dos profissionais que atuam em atividades educativas/ grupais como aspecto crucial para a superação de modelos educacionais paternalistas e/ ou preventivistas (Czeresnia, 2003; Ramos, 2006).

Nesse sentido, faz-se necessário apontar um conceito de território que amplie a capacidade de compreensão sobre os potenciais e as limitações existentes no espaço, bem como sobre seus sujeitos constituintes (Furlan, 2008). A intervenção em saúde deve buscar uma visão do ambiente ecológico e social em que as vidas se tecem (Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). No território, podem-se observar diferentes maneiras de viver, trabalhar e realizar trocas sociais. Acredita-se que esses são elementos e conceitos importantes na tentativa de olhar o território além de seus números e aspectos físicos, buscando potencializar e problematizar a maneira como trabalhamos com a população e definimos as prioridades das práticas de atenção (Furlan, 2008).

Castel (1995) nos chama atenção para a formação do espaço social segundo graus de coesão das relações sociais e de trabalho, o que configuraria graus e variações de existência, situações de vulnerabilidade ou de integração. Esquematizando, o espaço social seria, segundo esse autor, circunscrito em zonas conforme o grau de coesão que é assegurado: a) *zona de integração*: disposição de garantias de um trabalho permanente e suportes relacionais sólidos; b) *zona de vulnerabilidade*: associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional; c) *zona de desfiliação* que conjuga a ausência do trabalho e isolamento social; e ainda d) *zona da assistência*: ausência de trabalho por incapacidade e

inserção social. Essas quatro zonas definiriam quatro modalidades da existência social no território.

Assim, Castel (1995, 1999) enfatiza na composição do espaço social as questões da inserção (ou não) ao mercado de trabalho e as relações e vínculos solidários formados entre as pessoas viventes. O autor compreende as redes sociais e pessoais de suporte como elementos fundamentais na definição de uma situação de maior ou menor vulnerabilidade na vida das pessoas. Esse conceito da vulnerabilidade é útil para pensarmos como as práticas de saúde têm se organizado (e podem se organizar) nos territórios e nos serviços neles inclusos. A vulnerabilidade reconhece que a fragilidade está na situação, apreendendo o peso dos diferentes contextos como determinantes de diversas suscetibilidades, que seriam efeitos de relações sociais e não específicas de indivíduos ou grupos de risco (Ayres *et al.*, 2003). Não se propõe, de modo algum, abandonar a idéia de risco, mas sim relativizá-lo, considerando a singularidade dos sujeitos individuais e coletivos e do contexto, das condições sócio-econômicas (Oliveira, 2008). Abarcaria então o tecido social, as condições de saúde, potências e limites para uma melhor vida, um modo de vida saudável ou não, os processos de territorialização, seus movimentos e forças constitutivas. É essencial perceber que os elementos de vulnerabilidade inseridos numa avaliação ou construção de projeto de intervenção são interpretações singulares da problemática discutida. Isso significa dizer que se a equipe/comunidade/ coletivo fossem outros a avaliação seria diferente. O modo como esses agentes compreendem as questões do caso e vivenciam a situação, colocando-se no contexto, determina como as variáveis em jogo se comportam (Oliveira, 2008)²⁵.

O território estaria em constante construção e reconstrução. Espaços locais que se tornam singulares conforme as possibilidades vividas, os Sujeitos e Grupos constituintes (Campos, 2000; Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). Portanto, essa noção de território supõe um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a serem conhecidas (Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). Espaço de vivências, de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos

²⁵ O Capítulo “O subjetivo e o sócio-cultural na co-produção de saúde e autonomia” (Figueiredo, M.D.; Furlan, P.G.), neste mesmo livro, também aborda o tema da vulnerabilidade na composição das práticas de saúde.

sociais, de ação deliberada das pessoas, como também de relações sociais e redes de poder.

As pessoas que constituem esse território e nele vivem, organizam-se e possuem alguma relação entre elas, seja quando estão organizados para alguma construção/ produção, ou simplesmente por alguma semelhança ou diferença, agregam-se pela cultura, costumes comuns (ou mesmo rivais, vide formação de gangues, guerras políticas entre comunidades). Por exemplo, os moradores de um conjunto habitacional possuem questões de vida que podem ser mais semelhantes que os moradores das outras casas do bairro; as pessoas com tuberculose possuem particularidades no que diz respeito à atenção à saúde; as mães e pais precisam do apoio das creches para deixarem os filhos enquanto trabalham; os adolescentes constituem um grupo por faixa etária; os homens, por gênero etc. Os moradores podem se organizar para resolver a questão do lixo acumulado em um terreno baldio e para isso, se encontram, deliberam e agem sobre o problema. Uma equipe de saúde se reúne para discutir as questões do dia-a-dia. Pessoas aposentadas se encontram na praça para elaborar atividades de lazer.

O que isso tem a ver com as práticas de saúde? Quando nos colocamos em relação com as pessoas que habitam esse território, precisamos nos colocar de fato em contato com essa realidade, essa cultura, os costumes, a dinâmica. As ações em saúde com os grupos e coletivos terão mais eficácia se forem realizadas com as pessoas que nele habitam. Pouco adiantará, ou serão criadas formas de resistência e negação, se as ações forem no caráter de palestras expositivas e de um saber mais qualificado para um menos “profissional”, como vemos na suposta superioridade do saber saúde sobre o popular. Precisamos também trabalhar com o senso comum e com as formas já existentes de vida daquele lugar e com a realidade das pessoas.

Sob esse olhar, as ações sociais e de saúde no território implicam a idéia de reconhecimento do outro como interlocutor do processo e que se promova descentramento do saber do profissional técnico das ações individuais e do *setting* para a idéia de saberes plurais, ações coletivas e espaços da vida cotidiana (Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). Intervenções que poderiam estimular a criação de Espaços Coletivos (Campos, 2000) propiciadores da análise do contexto e de poderes, da ação das pessoas e

apropriação do espaço pelos sujeitos que nele vivem. Se as ações são com o coletivo, seria mais interessante se darem nesse espaço de vivência.

Temos então pessoas, grupos, movimentos, tecido social e vidas. Não desconsideramos que quando olhamos para grupos e coletivos do território precisamos olhar para os Sujeitos e suas singularidades, além dos Grupos a que pertencem e o território que habitam. Sujeitos de interesses e desejos que co-habitam espaços de relações de poderes e subjetividades. Sujeito entendido aqui como um Ser com uma subjetividade complexa, com variável grau de autonomia, mergulhado num conjunto de relações sociais que influenciam seus desejos, interesses e necessidades (Campos, 2000). Um Ser imerso na história e na sociedade. Sua singularidade seria uma síntese verificável na existência cotidiana, vivência das práticas e nas relações de poderes (Campos, 2000; Foucault, 2005). Como ressaltou Castel (1995), os sujeitos e grupos vão se relacionar nesse espaço pela maior ou menor integração social, através das redes sociais e de relações subjetivas entre os Sujeitos.

O trabalho em saúde não pode ser configurado ou pensado de maneira isolada, uma ação estanque nela mesma. Sob um olhar ampliado do processo saúde-doença, temos a questão social atravessando-o (Furlan, 2008). Neste sentido, as intervenções sociais, de saúde, teriam como alvo populações que estão em situação de vulnerabilidade e maior risco, *“não somente ameaçadas pela insuficiência de seus recursos materiais como também fragilizadas pela labilidade de seu tecido relacional; não somente em vias de pauperização, mas também em processo de desfiliação, ou seja, em ruptura de vínculo com o social”* (Castel, 1995, p.23). Não somente com maior risco individual de adoecer, mas imersos em situações de vulnerabilidade, que são coletivas, contextuais (Ayres *et al.*, 2003; Barros, Ghirardi, Lopes, 2002).

Entende-se, assim, que o trabalho no território permitiria, além da identificação, uma *cartografia* do espaço e da adscrição populacional, transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica estando ao lado dos sujeitos na sua complexidade co-produzir uma *cartografia* do território (Deleuze e Guattari, 1995).

Nessa abordagem, aposta-se no esvaziamento dos discursos pautados pelos dualismos improdutivos entre macro & micro, indivíduo & contexto e particular & geral, pois são dobras de um mesmo plano. O território apreendido como aquilo que nos é familiar está também determinado e moldado conforme as nossas possibilidades 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 têm força de abalar os referenciais próprios de territorialização causam fenômenos de *desterritorialização*, seguidos por novos movimentos de *(re)territorialização*. São esses movimentos de caráter constante e dinâmico que produzem atualização nas relações e nas forças em jogo (Oliveira, 2008).

Essas concepções acerca do 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 em 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 dobrar e desdobrar, evitando um modelo naturalizado e totalizante, pode fornecer subsídios capazes de potencializar, ampliar o modo como problematizamos os “casos” nas práticas de saúde e pode fornecer os instrumentos necessários para superarmos o reducionismo biológico-funcional das intervenções sobre os agravos a saúde.

Alguns conceitos instrumentais para “imersão” nos grupos e coletivos

Temos uma vasta literatura sobre os modos de abordagem com grupos e coletivos, desde contribuições do campo da psicologia, da sociologia, antropologia, até ao da administração (Pichón-Rivière, 2000; Lewin, 1973; Moreno, 1966; Bion, 1970; Barros, 2007; Freud, 1967; Zimmerman *et al.*, 1997), que indicam uma variabilidade de tendências, paradigmas, enfoques e conceitos. Trabalhar com essa diversidade é positivo no sentido de criar instrumentos para lidar com as dificuldades e desafios colocados pelo campo e questionamentos da prática com os grupos. Percebemos algumas convergências entre as teorias, bem como alguns conceitos formulados sob referenciais e ideologias absolutamente diferentes. A maioria delas, porém, trata sobre os papéis e funções exercidos pelas pessoas em situação grupal, a importância do processo da construção do grupo, sua identidade e ligação intrínseca e quanto aos sentidos e significados dessa dinâmica de relação societária. Não nos cabe aqui usar ou abarcar a totalidade dessas teorias, falaremos de alguns conceitos que podem ser úteis na entrada no território, seus grupos e coletivos.

Algumas questões surgem quando nos arriscamos a entrar em contato com o funcionamento de determinada comunidade, no planejamento e discussão das intervenções necessárias, ou mesmo quando queremos “criar” um grupo para trabalhar questões específicas da saúde, por exemplo. Qual estabilidade dos resultados e eficácia obtidos no grupo? Como ter controle sobre a dinâmica que será estabelecida no encontro? Por que não fazer atendimento individual? O que vincula os integrantes e cria a vontade de estar naquele espaço ou ser identificado de tal grupo ou tal comunidade? Como os nossos objetivos, enquanto profissionais, podem ser também os dos demais integrantes do grupo? Questões que remetem ao desafio de formar e trabalhar com um grupo e conseguir sentir-se em um grupo.

Lidamos aqui com uma noção ampla de entendimento de coletivos, como já dito acima: as comunidades, famílias, os coletivos para produção e trabalho sob alguma finalidade (sejam grupos terapêuticos, de trabalho, culturais, de reivindicação de direitos, de aprendizado etc.). O grupo é entendido enquanto dispositivo e enquanto uma relação social que traz à tona a possibilidade de multiplicidade da prática e da existência e tudo

em movimento, diferente do que é eterno e estático. Qual intuito em apagar a heterogeneidade e a fragmentação existente na vida, nas relações? Cada vez mais percebemos que é valorizada a vida estável, passível de ser controlada e reprimida. Lidar com grupos também quer dizer relacionar-se com a dimensão coletiva que atravessa os indivíduos em determinado momento da vida, da história e da sociedade. Questões que ao mesmo tempo são individuais e coletivas e que fundam nos grupos seus regimes de visibilidade e dizibilidade (Barros, 2007).

Em diversos autores, encontramos uma diferenciação importante entre o que é grupo/ série e o que é agrupamento (Sartre, 1963; Lancetti, 1995; Zimmerman *et al.*, 1997). O que “ligaria” o grupo e o diferenciaria de um simples aglomerado de pessoas é a criação das chamadas *grupalidade* e *representação interna* (Pichón-Rivière, 2000). Essas acontecem quando há a consolidação do que é tal espaço, o sentido de tê-lo na vida e o sentimento de pertencimento a tal lógica. Quando os participantes conseguem sentir-se dentro, mesmo sendo diferentes dos demais integrantes, o grupo torna-se uma unidade, funciona a seu modo e no entendimento que a subjetividade é formada não só pela expressão verbal, mas pelas diversas inserções no mundo e das formas de comunicação.

Um conceito útil para analisar a composição e a vinculação dos grupos e comunidades, é a noção de *tarefa*, baseado na formulação de Pichón-Rivière (2000). Entendemos que as pessoas se agrupam por possuírem alguma afinidade e objetivo comum, abarcando as múltiplas composições e interesses. Os grupos serão homogêneos em relação à tarefa, ao que se propõem a desenvolver, mas os interesses e sua composição podem variar, serem múltiplos e diversos. Pode parecer óbvia a afirmação anterior, mas na tradição dos grupos, tende-se a esconder as divergências, os vários interesses, os conflitos, as diferenças, na justificativa de transformá-lo num espaço de aparente funcionamento ordenado.

Podemos ter um grupo para discutir as relações dos adolescentes com os pais, em que a tarefa é a análise das dificuldades com profissionais da saúde, e como produto formular um teatro sobre a dinâmica da relação; um adolescente pode ter mais interesse em discutir sobre a dificuldade de relação com o pai, e outro com a vontade que tem de aprender para discutir com outros colegas, os interesses não precisam ser iguais; as idades

podem ser variadas e o gênero também; a construção do grupo não necessariamente precisa ser consensual a todo momento. Um grupo de mulheres gestantes se encontra para conhecer as percepções de mudanças corporais, das relações e fantasias em relação ao cuidado futuro do filho, mas podem ser de diferentes comunidades, classes econômicas, idades; o que as unem é o fato de estarem grávidas e o desejo de discutirem essa situação na vida. Pessoas que se reúnem para decidirem o que fazer do espaço da associação de moradores.

Podemos também denominar que o que é comum são os objetivos e finalidade de tal grupo, por mais que os objetivos individuais difiram do coletivo. É importante analisar qual é o objeto e objetivo de trabalho e o que se quer produzir. Isso ajudaria a perceber quais são os limites do compromisso assumido e o padrão da responsabilidade de estar e permanecer em tal coletivo (Campos, 2000). Deve haver um investimento no encontro e na construção de um *comum*.

Num grupo, há compromisso com as regras contratadas, com o que as pessoas instituíram do funcionamento. Isso não ocorre em uma determinada época e pronto. A todo tempo deve ser re-olhado o contrato, como as pessoas estão lidando com as regras, qual o significado delas para os integrantes, qual a possibilidade de alterações de algumas etc. e é um fator importante para o compromisso e a tomada de papéis.

As tarefas, atividades e projetos de um grupo são instrumentos-meio para atingir a finalidade, possibilita a interação dialógica, ao nível da ação, dos sujeitos com sua historicidade, nutridos pela dimensão sócio-política, temporal e cultural, enquanto instrumento para a emancipação, produção de autonomia e cidadania (Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). Através das atividades e desenrolar da tarefa, podem se acumular dados e fatos que ao longo de um processo ganhariam ligações entre si. A tarefa estaria denunciando algo que não pode ser dito ou mesmo facilitando e intermediando a discussão de assuntos/ temas através de outro caminho que não só o verbal e o “concreto” (Furlan, 2008). Considera-se que, quando se trabalha com grupo e atividades, dá-se abertura para o aparecimento do simbólico, do inconsciente grupal, de abstrações, do não-dito. O grupo trabalha na tarefa para poder se trabalhar (Sartre, 1963), ou como diria Pichón-Rivière, existiria a tarefa manifesta e a tarefa latente, ou seja, através de alguma

tarefa elaborada, o grupo se coloca em relação, pode analisar através de seu processo e seus movimentos, suas trocas, fraquezas e potências. O importante é relacionar o quanto a tarefa tem sentido e relação com a vida, com o que as pessoas pretendem desenvolver como projeto, o quanto tem sentido com a vida social. Como Paulo Freire (2003 [1967]) apontou na questão do ensino e das relações, o aprendizado e o vínculo formado com o “mestre” terá mais significado quando estiver contextualizado na realidade em que se encontra a pessoa, considerando qual é sua vida, seu projeto, desejos e necessidades. A tarefa só vai ter sentido quando analisada sob o aspecto da vida cotidiana das pessoas. É uma forma de associar o prazer ao trabalho, pois o trabalho que o grupo se propõe a realizar deve ter relação com o que está no campo do desejo dos integrantes.

Um grupo vai ter um funcionamento diferenciado de acordo com sua proposta de trabalho, de objeto e objetivos. Um grupo de trabalho vai centrar seus encontros mais em reuniões e análise do que foi proposto ser desenvolvido; quando a tarefa não acontece é porque há entraves, resistências e conflitos que não estão claros. Um grupo terapêutico pode ser motivado pelo desejo de cuidar do controle da hipertensão de um grupo de homens em idade adulta, e através de encontros periódicos, com uma discussão sobre a doença, sobre a alimentação, a revisão da medicação. Uma comunidade pode se organizar para elaboração de uma horta comunitária.

É muito comum que um grupo resista a entrar em contato com o que é a sua tarefa, seja por medo de desenvolver um novo trabalho, de revelar aspectos subjetivos e do funcionamento da comunidade/ dos integrantes que poderiam envergonhar ou apontar fragilidades, seja por resistências para olhar e agir de forma diferenciada na vida, por exemplo. Esse momento em que o grupo age “como se” estivesse trabalhando (pois tem ação, mas não tem andamento da tarefa/ da proposta), denominado *pré-tarefa* por Pichón-Rivière, traz a impossibilidade de dar conta dos objetivos construídos pelo grupo com pautas novas, justificando a dificuldade em razões externas ao grupo, trazendo insatisfação constante e postura defensiva, sem aberturas para questionamentos e maiores análises. Podemos ver essa situação ocorrendo na prática dos projetos com grupos e comunidades. Quando uma equipe fica sempre planejando e não consegue atuar sobre um dos tópicos propostos de intervenção. Quando uma comunidade, com liderança masculina, resiste à participação das mulheres nas ações e explica o fato pela falta de

interesse delas pela inserção. Quando num grupo de usuários com hipertensão e diabetes, a fala é centralizada pelo coordenador e os participantes não podem dizer do que gostam de comer; ou os pacientes se convencem do que é melhor para eles ou demorará em haver um momento para entrar em contato com uma questão crucial do grupo, que os hábitos e o modo de vida podem ajudar na saúde e controle da doença, mas isso pode exigir passar por olhar para suas próprias frustrações, desejos, medos, tanto do coordenador, quanto dos demais integrantes.

A pré-tarefa não é necessariamente sempre um aspecto negativo de desenvolvimento do grupo. Pode ser uma etapa de elaboração do grupo de seus objetivos e de seu comum, colocando-se em análise, para poder entrar de fato na tarefa. Também não é um momento que acontece quando da formação do grupo. Não há etapa. É um momento que pode revelar as dificuldades e mudança de objetivos do grupo, seja de trabalho, terapêutico, educativo etc. O problema está quando o grupo não sai desse movimento e não entra de fato em contato com o que é o *comum* e com a tarefa.

Campos (2000) contribuiu para a compreensão de que o objetivo do grupo está tanto em trazer o tema e o objeto para análise, produzir valores de uso que atendam necessidades sociais, como entrar no campo de constituição dos sujeitos e coletivos. Ao mesmo tempo em que o grupo trabalha e analisa seu objeto de interesse, ele deve fazer a análise do que ocorre em seu interior: o campo das relações, suas contradições internas, os sentidos, vinculação.

O grupo teria como a sua unidade mínima os processos de identificação (Freud, 1967). No trabalho, no aprendizado, na terapia nos relacionamos por imitações, invenções, ressonâncias, simpatias, “contágios”... Num grupo, não haveria processos de re-significação (que são produtos de um trabalho coletivo) sem contato afetivo entre as pessoas constituintes (Lancetti, 1995). Desenvolvemos certos papéis nas relações e formamos laços e redes sociais. O termo *transferência* é útil para pensarmos o fluxo de afetos existente entre os componentes do grupo e os sujeitos em relação. Desenvolvido pela psicanálise, transferência seria o processo através do qual dois desejos inconscientes se atualizam sobre certos objetos, a partir de uma relação estabelecida entre eles (Pichón-Rivière, 2000). Foi desenvolvido para o contexto analítico, mas permitiu o

desenvolvimento do que seria um fenômeno transferencial (Pichón-Rivière, 2000), ampliando-se para o entendimento das relações em geral. De forma simplificada, seriam os afetos despertados pela relação com o outro, que remetem relações, afetos e vínculos anteriores vividos, que nem sempre foram trazidos à consciência. Mostraria uma forma com que nos relacionamos e criamos o nosso referencial de ação nas relações. Seria um “*processo de adjudicação de papéis inscritos no mundo interno de cada sujeito*” e a “*manifestação de sentimentos inconscientes que apontam para a reprodução estereotipada de situações*” (Pichón-Rivière, 2000, p.215).

Num grupo, numa comunidade, numa equipe aparecem múltiplas transferências, que emergem em relação à tarefa, ao contexto, às pessoas por meio das expressões e papéis assumidos pelas pessoas integrantes. Também é espaço então para que ocorra análise das transferências, dos afetos, das resistências, e principalmente qual é a relação com a história e funcionamento do grupo. A interpretação não diz somente da referente ao núcleo da psicanálise, mas seria olhar para o quê o próprio grupo manifesta ou deixa oculto. É confrontar diferentes tempos (Castoriadis, 1992; Pichón-Rivière, 2000), permitindo a criação reflexiva. O trabalho em grupo exige, assim, uma articulação sócio-histórica em três níveis: da verticalidade, da horizontalidade (Pichón-Rivière, 2000) e da transversalidade (Guattari citado por Kamkhagi, 1986). O vertical estaria relacionado ao que é de cada indivíduo, sua formação, sua história, seus tempos, seus conceitos e desejos, seu contexto social, o que lhe permite a assunção de determinados papéis aceitos ou não pelo grupo; o horizontal seria o denominador comum entre o grupo, o que os unifica, traços compartilhados entre os integrantes, o processo, o tempo de acontecimento do grupo; o transversal seria o contexto em que o grupo opera, a incidência daquele na dinâmica do indivíduo e do grupo. Mais que separações segmentadoras da dimensão grupal, são conceitos interessantes para entendermos o que se dá na dimensão individual na inserção do grupo e no próprio processo que é comum.

O grupo seria também, então, um espaço potencial das experiências, no sentido da palavra *setting*. Assim, entendemos como um espaço do *possível*, ou seja, espaço que está sujeito aos acontecimentos, ao imprevisível e experiências variadas, pois é lugar da vida e re-significação. O possível chega pelo acontecimento, pela abertura propiciada para que ele aconteça. Colocar uma meta, um objetivo, uma tarefa, não pode fechar o grupo ao que

poderá ocorrer no percurso, às diversas manifestações e não consenso em como serão realizados. Essa é uma forma de compreender esse espaço de contato, formulação e ação com coletivos. O conceito de *holding*, introduzido pela psicanálise, nos permite pensar justamente como o grupo pode se tornar um espaço continente das diversidades e imprevisibilidades que surgem do encontro das pessoas, espaço em que cabe o que as pessoas trazem. Num grupo, as formas de comunicação não serão apenas pela palavra e todas as forças que estão em jogo no encontro afetarão esse coletivo. O grupo é dispositivo para esse intercâmbio de intensidades (Guattari citado por Kamkhagi, 1986).

Tomando o grupo enquanto um dispositivo (Barros, 2007) não apenas um lugar ou método de trabalho, o que poderemos acionar é a descrystalização de papéis e ações, e dar margem à análise e questionamento do que parece ser uma prática naturalizada de intervenção ou de organização da sociedade, colocando-se em contato com o outro, abrindo-se para a co-construção. Exige repensar conceitos e posicionamentos ético-teórico-políticos.

A co-produção de projetos com coletivos nos territórios – uma conclusão provisória

O esforço inicial na co-produção de projetos com coletivos seria o de produzir o *comum*. A possibilidade de visualização, de problematização, de identificação, de reconhecimento de algo em torno do qual seja possível compor uma tarefa nomeável entre equipe e usuários. Buscar definir um objeto de trabalho em comum que possibilite a articulação dos objetos de investimentos dos atores envolvidos. Estaria aí a fundação de um *coletivo organizado para a produção* (Campos, 2000).

É muito comum a instauração de uma grande insegurança, ou mesmo do sentimento de impotência, nas equipes de saúde frente a situações muito complexas que envolvam problemas sociais, econômicos e políticos geradores de vulnerabilidade nos territórios. Esse fenômeno foi descrito por Ayres *et al.* (2003) e denominado “ampliação paralisante”, também Campos (2000) refere-se à “análise aporética” dos problemas. Essa

situação costuma deixar as equipes em *pré-tarefa* por longo período e sujeitada às demandas cotidianas esmagadoras nos serviços de saúde. Como superar?

Será necessário a equipe encontrar argumentos suficientes que justifiquem tamanha mobilização de energia na co-produção de projetos nos territórios. Será necessário encontrar alguma relação entre a sociabilidade no território, as maneiras de se levar a vida, os problemas de saúde contemporâneos e a complexa demanda que aporta os serviços de saúde. Um olhar restrito e normativo para o território dificultará o reconhecimento dessas relações. As equipes que iniciam nessas atividades deverão construir uma capacidade própria de buscar ver e apostar que, quando desenvolvem uma relação produtiva com a comunidade ao seu redor, têm possibilidade, ao mesmo tempo em que atuam num problema específico eleito num projeto, de modular os modos de relação com essa população, de ampliar a legitimidade da equipe e do serviço e combater a forma comum e predatória de busca dos serviços de saúde apenas como consumo.

Uma forma prática de resolver a “ampliação paralisante” seria a equipe organizar-se consigo mesma, contando com apoiadores externos, caso haja possibilidade e/ou necessidade, e criar um anteprojecto, que eleja um problema específico, concreto e estratégico, no qual a equipe possa se empenhar segundo suas capacidades. Iniciar o movimento de co-produção de projetos, os quais contem com uma rede de sustentação para sua viabilização e potência de intervenção. “Mapear” quais os atores teriam interesse em se envolver na questão e procurar constituir um “coletivo organizado para a produção” em torno do anteprojecto, colocado ao coletivo como uma *oferta (oferecimento)* (Campos, 2000).

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 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 (Oliveira, 2008).

Importante considerar que o movimento de constituir-se num coletivo nem sempre é óbvio e isento de conflitos. A prática mais comum seria buscar os aliados entre

os parceiros de sempre e evitar a abertura de negociações com atores até então desconhecidos ou que o contato implique em algum grau de tensão nas relações. Para isso não há regra geral. Todavia, podemos afirmar com base na experiência, que quando um projeto é discutido e formulado por um grupo e sua operacionalização demanda a participação ativa de outros atores, pode-se correr o risco destes últimos não concordarem, não considerarem a problemática eleita como importante/prioritária, ou nem mesmo reconhecerem em tal questão um problema. Isso se expressa no cotidiano dos serviços, freqüentemente, na baixa adesão de usuários em várias das atividades coletivas propostas pelas equipes. Muitas das atividades de grupo nas unidades e nos territórios mingam com a baixa participação de usuários. Caberá considerar, dentre os vários motivos possíveis, que a questão que deveria mobilizar o grupo não foi co-construída num coletivo que envolvesse todos os atores implicados.

É comum, por exemplo, uma equipe de saúde discutir projetos nos territórios chamando ao serviço pessoas consideradas “líderes” nas comunidades. Discutem com esses líderes comunitários os problemas prioritários, formulam projetos para aquelas áreas consideradas de maior “risco” e, muitas vezes, esquecem de procurar saber se aquela “comunidade de risco” reconhece a questão também como um problema, de buscar compor uma relação de co-produção com co-responsabilização pelas formulações e pelas ações do projeto proposto. Então o projeto mingua e, muitas vezes, a equipe se sente frustrada e até desrespeitada porque aquela “comunidade de risco” não soube aproveitar a “oportunidade” ofertada.

Para não tropeçar nesses percalços, propõe-se que a equipe procure questionar rigorosamente a questão eleita no projeto. O que se pretende com isso é desenvolver um olhar para si, para a própria a equipe. Colocar em pauta a própria compreensão de problema. Analisar, na medida do possível, as implicações do grupo (equipe) no contexto. Responder ou tentar responder aos seguintes questionamentos: 1) Essa situação é problema para quem? 2) Essa situação é problema de quem? 3) Por que vemos essa situação como problema? 4) Por que discutir esse problema e não outro?

É importante perceber que, o quão longe ou profundo se possa levar esses questionamentos, dependerá do contexto de trabalho da equipe em questão e de

características do grupo de profissionais. Depende do quanto seja possível, nesse espaço, tornar dito o não dito.

Outro movimento, feito ao mesmo tempo do anterior, seria acreditar e criar meios de investir na ampliação das capacidades de análise e de co-gestão do coletivo. O que não está propriamente no reconhecimento de uma não-superioridade de determinados saberes mais ou menos estruturados. Mas na afirmação das diferenças entre esses saberes enquanto potências do próprio coletivo. Na dinâmica grupal, deve haver um esforço de não-fixação de papéis aos indivíduos. A co-produção demanda que, quando haja uma coordenação, esta seja parte integrante do grupo, com funções, principalmente, de propor discussões, estimular análises e reflexões. A necessidade de aportes conceituais deve ser cultivada no próprio coletivo, podendo ser ampliada pela atuação de um apoiador externo.

Sobre a participação dos sujeitos num processo de co-gestão deve ser considerado que um coletivo não se pauta apenas por sua capacidade individual de verbalizar e defender seus pontos de vista e demandas, mas, principalmente, por sua disponibilidade propositiva de ofertas, idéias, novos possíveis, que potencializem o coletivo em sua tarefa. Um coletivo que funcione em co-gestão precisará, nesse sentido, criar mecanismos que estimulem as participações propositivas dos seus membros, sem com isso desconsiderar as suas demandas ou necessidades. A idéia é que, nestes coletivos, os atores envolvidos co-produzem, analisam e intervêm ao mesmo tempo em que demandam e produzem ofertas. Um espaço coletivo que investe tempo apenas para a escuta de demandas tende a perder-se num “muro de lamentações” improdutivo. Por outro lado, um espaço coletivo que opera pragmaticamente e não se abre as demandas dos atores envolvidos, tende a isolar-se, a perder o contato com os objetos de investimento da maioria dos participantes do grupo.

O terceiro movimento, não entendido como etapa, mas como concomitante no processo de co-produção de projetos com coletivos, é o da criação de um processo de avaliação participativa. Não só os efeitos finais colocados como resultados de um projeto, mas o próprio processo de co-produção deve ser posto em análise pelo próprio coletivo de forma sistemática. Criar uma dinâmica em que a cada reunião do grupo possa proceder

de movimentos de escuta, de análise, de proposição de tarefas e de avaliação do processo e dos resultados (Campos, 2000). Partir de um resgate das ações do coletivo e dos efeitos resultantes dessas na problemática em discussão. Todas as ações podem ter resultados positivos e negativos. Podem produzir benefícios e ao, mesmo tempo, danos (Cunha, 2005). Olhar retrospectivamente, perceber que caminhos o grupo tomou, que outras possibilidades seriam mais potentes. Avaliar o processo e propor, quando conveniente, desvios ou correções de trajetória para ampliar as possibilidades de sucesso daí em diante. Esse exercício também é útil para avaliar o próprio funcionamento do coletivo no desenvolvimento de suas dimensões política, analítica, pedagógica e administrativa (Campos, 2000).

A co-produção de projetos com coletivos no território pode tornar-se um movimento de reafirmação do projeto ético-político do SUS, constituindo-se em linha de ação importante na produção de práticas de saúde e cuidado participativas e promotoras de autonomia. Demanda das equipes de saúde uma abertura radical na produção de relações de parceria com usuários, comunidades, grupos nas áreas adscritas dos serviços. Entendendo, que a co-responsabilização surge na medida em que esses atores fazem parte, efetivamente, do processo de formulação, implementação e avaliação dos projetos de ações em saúde no seu bairro ou comunidade. *Habitar* esses territórios (Rolnik, 2007), deixar, pelo menos em alguns momentos, o espaço protegido do consultório, disponibilizar-se e buscar instrumentos para uma prática mais *peripatética* (Lancetti, 2008), são exercícios necessários às equipes de saúde que se propõem a compor relações mais produtivas com sua população adscrita e interferir de maneira não autoritária na dinâmica dos territórios.

Bibliografia

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

Ayres JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D e Freitas CM (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. RJ: Fiocruz, 2003. p.117-140.

Barros DD, Ghirardi MIG e Lopes RE. Terapia Ocupacional Social. Rev de Terapia Ocupacional da USP, v. 13, n. 2. p.95-103, 2002.

Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/ UFRGS, 2007.

Bion WR. Experiências com grupos. RJ: Imago, 1970.

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

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. São Paulo: Hucitec. 2000.

Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência Saúde Coletiva 2004; 9(3): 669-678.

Castel R. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. 2a.ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

_____. Da indigência à exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A. (org). Saúde e Loucura 4. SP: Hucitec, 1995.

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.

Castoriadis C. As encruzilhadas do labirinto III: O mundo fragmentado. RJ: Paz e Terra, 1992.

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

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D e Freitas CM (orgs). Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências. RJ: Fiocruz; 2003. p. 9-53.

Deleuze G. e Guattari F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa(trads). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. Coleção Trans.

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

Freire P. Educação como prática da liberdade. 1967. 27ªed. RJ: Paz e Terra, 2003.

Freud S. Psicologia das massas e análise do ego. RJ: Imago, 1967.

Furlan PG. Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde. Campinas, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2008.

Kamkhagi VR. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupos. In: Baremlitt G (org). Grupos: teoria e técnica. RJ: Ed. Graal, 1986. 2ª ed.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008. 3ª ed.

_____. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A (org). Saúde e Loucura 4. SP: Hucitec, 1995.

Lewin K. Problemas de dinâmica de grupo. SP: Cultrix, 1973.

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

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

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.

_____. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, SP: Papyrus, 1987. 2ªed.

Moreno JL. Psicoterapia de grupo y psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec. 2008.

Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ e Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6º Ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 19(5):1527-34, 2003.

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

Pichón-Rivière E. O processo grupal. SP: Martins Fontes, 2000.

Ramos LR. Análise da atuação do coordenador em grupos de saúde. Revista de Saúde Pública, no prelo, 2006.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Ed. Da UFRGS, 2007.

Rouquayrol MZ e Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6º Ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

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

_____. O Retorno do Território. In: Santos M, Souza MAA e Silveira ML (orgs). Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec-ANNABLUME, 2002b.

Sartre JP. Crítica de la razón dialéctica. Buenos Aires: Ed. Losada, 1963.

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.

Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Campos GWS et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Zimmerman D et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede

Gustavo Nunes de Oliveira

O Apoio Matricial trata-se de arranjo de gestão inscrito na lógica das *unidades de produção*, enquanto “coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho” (Campos, 2000). Nesse sentido, compõem com outros arranjos, como as *Equipes de Referência* (Carvalho e Campos, 2000), enquanto estratégia para ampliar as possibilidades de continuidade da atenção com gradientes maiores de vínculo com responsabilização. O Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

No seu sentido original (Campos, 1999), uma Equipe de Apoio Matricial seria composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apóia, utilizando-se para isso de diversas modalidades de processos, uma ou mais equipes de referência. Uma equipe de saúde mental poderia, nesse sentido, apoiar as atividades de uma equipe de referência na atenção básica e vice-versa. Uma equipe de reabilitação física poderia prestar apoio a diversas equipes de enfermarias clínicas e/ou cirúrgicas de um hospital. Ao invés da montagem de uma linha de cuidado fragmentada por uma composição de “estações”, as quais o usuário percorre, pretendendo-se com isso a integralidade da atenção às suas necessidades, uma equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo para isso, apoiada por equipes de apoio matricial, até o limite já ampliado de suas possibilidades técnicas e estruturais.

Para entender esse arranjo será preciso abordar alguns conceitos chaves nele inscritos: referência, responsabilidade sanitária, coordenação de caso, projeto terapêutico singular (vide capítulo correspondente neste livro) e Campo e Núcleo de saberes e práticas de saúde.

A princípio, quando uma equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita uma intervenção em saúde, à qual a

equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades. Essas dificuldades podem ser de diversas ordens, relacionadas a alguma tecnologia (de abordagem, de relação, de intervenção, etc.), que a equipe enfrenta diante de um caso considerado complexo. Dessa forma, a aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de um sujeito individual ou coletivo, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o *Núcleo* de saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o *Campo* (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo Campo, pelo interesse em comum na melhora das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na validação e na construção de novos saberes e práticas em saúde. Neste último ponto, inscreve-se a aposta na capacidade de produção de saberes, em ato, que ampliem a capacidade de análise e de ação dos trabalhadores no sentido da co-produção de saúde e de autonomia. Aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando seu próprio modo de estar no mundo e no trabalho. Esse seria o sentido da composição interdisciplinar da equipe e de uma racionalidade gerencial anti-Taylor (Campos, 1998a), nesse arranjo. O caráter anti-Taylor reside na construção de uma racionalização do uso dos recursos tecnológicos e estruturais, condicionada a construção coletiva de intervenções em saúde, co-produzidas entre trabalhadores, gestores e usuários, em função de necessidades.

A formulação de *projetos terapêuticos singulares* implica na possibilidade de discussões coletivas de caso e ao mesmo tempo de uma coordenação, na duração do tempo, das ações desenhadas no projeto. Demanda, dessa forma, que, para cada caso discutido, seja formulado um projeto de caráter estratégico, composto de propostas de intervenção, ações, tomadas de decisão, em relação ao caso, para as quais de haver responsáveis e prazos, o projeto terapêutico. Todo esse conjunto de ações deve ser acompanhado e gerenciado por um profissional que assuma a coordenação do processo e mantenha a articulação das ações. Esse profissional torna-se referência para a equipe e para o(os) usuário(s) envolvido(s), mantendo o conjunto informado e demandando novas

discussões se necessário. A escolha desse profissional também deve ser estratégica, levando em consideração critérios de qualidade do vínculo com o(s) usuário(s), a linha de abordagem escolhida pela equipe, as possibilidades concretas da organização do serviço, etc.

Há, portanto, o pressuposto de uma organização de processo de trabalho em função de responsabilização e de adscrição de conjuntos de usuários/grupos, em acompanhamento continuado, que deveria, inclusive, anteceder (ou ser fomentada pelo) o Apoio Matricial. Inscrito nessa “coordenação de caso” está, ao mesmo tempo, o exercício de uma função de proteção aos freqüentes danos que as próprias intervenções de profissionais de saúde produzem. Quando, por exemplo, um idoso acompanhado por vários especialistas que não se conversam e as prescrições muitas vezes são antagônicas e desnecessárias. Caberia a equipe de referência, que coordena o caso, promover a articulação entre as várias ações que estão em desenvolvimento e monitorar a articulação entre elas, assim como os seus efeitos ao longo do tempo. Há referências mundiais que defendem que essa tarefa de coordenação deve ser uma das atribuições primordiais da Atenção Primária (Starfield, 2002). Todavia, exercer esse papel demanda dos profissionais de saúde um entendimento sobre o saber estruturado em saúde, em especial o saber científico e o saber médico, não dogmático. É preciso o exercício cotidiano de cultivar uma relação respeitosa entre o saber generalista e o saber super-especializado, da mesma forma na relação entre o saber do usuário e do profissional de saúde. Será preciso considerá-los como legítimos saberes diferentes. É nesse sentido que o apoio matricial implica-se com uma lógica de troca multidirecional, de duplo ganho aos participantes do processo (aprender e ensinar), e não numa corrente hierarquizada e descendente que coloca os saberes e as práticas cotidianas dos serviços de saúde em lugar de subserviência à uma maneira naturalizada de considerar a *expertise* do especialista.

O termo matriz traz consigo vários significados. Pode ser o lugar onde se geram e se criam coisas. Pode indicar um conjunto de valores e cálculos que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais (Campos e Domitti, 2007). Chama atenção à possibilidade de maiores coeficientes de transversalidade (Guattari apud Kamkhagi, 1986) nas relações entre os profissionais das

equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estes e os profissionais de áreas especializadas.

O arranjo do Apoio Matricial inscreve-se, nesse sentido nas estratégias de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. A invenção de outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (Campos, 1998b).

A operacionalização do Apoio Matricial depende de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis; necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços. Não se pretende, com esse arranjo, o fim do sistema de referência e contra-referência. Entende-se que, para algumas áreas de atenção, sobretudo aquelas dependentes de aparelhos especiais, o encaminhamento tradicional ainda é pertinente, desde que seja realizado sem se perder o sentido da vinculação e da continuidade.

De forma sintética vamos discutir duas modalidades de operacionalização de Apoio Matricial, quais sejam: o Atendimento Conjunto e a Discussão de Casos/Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares.

O Atendimento Conjunto consiste em realizar uma intervenção, tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em co-produção. Realizar em conjunto com o apoiador ou equipe de apoio matricial uma consulta em consultório, no domicílio, ou em outro espaço; coordenar um grupo; realizar um procedimento. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. No Apoio Matricial, atender junto um usuário, ver como o profissional de determinada área o aborda e o apoiador, por sua vez, sentir na pele a proximidade do vínculo e dos tencionamentos existentes na atenção básica. Ter a oportunidade de compartilhar saberes e dificuldades no cotidiano. Planejar uma nova atividade de grupo, reorganizar uma já desgastada, ver como se coordena um grupo, como se contrata atividades grupais com os participantes, como construir o sentido de grupalidade. São todas possibilidades de vivências significantes e que oportunizam um

processo de formação permanente dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo em que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção. Também são vivências potentes para dirimir conflitos entre corporações de profissionais e para ampliar o sentido de fazer parte de uma rede de serviços articulados, ao mesmo tempo em que se valoriza a atuação desses profissionais.

A Discussão de Casos/Formulação de PTS consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, seja de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. Geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos, os quais, como já foi apontado, a equipe de referência teve alguma dificuldade. A idéia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode, ou não, incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas. O exercício que o conjunto de profissionais deve fazer é o de mergulhar na singularidade do caso e, a partir da troca de informações, hipóteses explicativas e experiências, formular um projeto.

Chama-se atenção para o fato de que, as duas modalidades de Apoio Matricial demandam uma série de condições de organização do serviço e do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, para se tornar possível. Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial. Nesses casos, a implementação do Apoio Matricial deve vir estrategicamente acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe. Por exemplo, haverá necessidade de espaços de discussão das equipes de referência, entre as equipes e os apoiadores matriciais e a participação destes em espaços nos quais seja possibilitada a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço como um todo. Muitas vezes surge a necessidade de adequações em vários processos organizacionais da rede como um todo.

Algumas condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e impacto do Apoio Matricial. A adoção de estratégias de desprecarização das relações de trabalho, como a contratação por concurso e a fixação de profissionais diaristas e não em

regime de plantão para integrar as equipes, por exemplo. O uso de tecnologias de educação permanente em saúde como estratégia deliberada da gestão na qualificação dos trabalhadores. A organização dos serviços de saúde com base em equipes de referência com adscrição de clientela bem definida e com relação territorial. A adoção de arranjos e dispositivos de co-gestão, como a criação e qualificação de espaços permanentes de encontro entre as equipes, como já foi aqui exposto. A criação de colegiados de co-gestão nos serviços e nas áreas de gerências técnicas da gestão municipal. A criação de espaços onde serão elaborados planos estratégicos, onde se pode cuidar de analisar e tratar as relações institucionais, onde se pode aprender clínica, saúde pública e relações humanas e, sobretudo, onde se pode trabalhar de forma mais produtiva e agradável (Campos, 1998a).

Quando se inicia um processo de apoio matricial, a intencionalidade primeira é ampliar a capacidade de análise dos casos e a capacidade resolutive da equipe de referência. Todavia, discutir casos complexos envolve um enfrentamento ativo das dificuldades não só técnicas da equipe de referência, mas também as dificuldades operacionais dos serviços e da rede. Um dos primeiros efeitos de uma experiência de apoio matricial bem-sucedida é a ampliação da capacidade de manejo dos casos pela equipe de referência. Isso gera novas necessidades de adequação da organização da gestão em diferentes níveis. Por exemplo, quando uma equipe de referência passa a discutir casos psiquiátricos, de cardiologia, de endocrinologia ou de qualquer especialidade médica, os médicos da equipe de referência passam a reivindicar novas possibilidades de investigação diagnóstica e terapêuticas, demandando reorganização da assistência farmacêutica, da regulação, dos protocolos clínicos e das possibilidades de ofertas de atividades terapêuticas. Do ponto de vista da gestão dos serviços e do sistema, cabe aos gestores ampliar sua capacidade de detecção e de problematização dessas demandas com as equipes de referência, com os serviços de referência e com as diferentes áreas técnicas envolvidas para que haja, de fato, a coordenação de uma rede de sustentação do processo de apoio matricial focada numa saudável utilização dos recursos disponíveis.

Neste ponto a tradição dos sistemas públicos de saúde em sua concepção de que numa rede de serviços, estes devem fazer parte de um sistema bem articulado e sinérgico

em suas atuações e possibilidades técnicas, mais uma vez defronta-se com a fragmentação e a desarticulação construída na tradição privatista das políticas de saúde no Brasil (Campos, 2007). O apoio matricial tem potência, nesse sentido, para sinalizar os caminhos dessa construção de um sistema no SUS.

Olhando-se para o sistema, o apoio matricial cria novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais. A equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. Cada serviço da rede pode ser organizado na lógica das equipes de referência, tendo temporalidades e processos de vinculação dependentes de cada objeto de trabalho. Aqueles pacientes que estão em acompanhamento no centro de referência de DST-AIDS permanecem vinculados a uma equipe de referência desse serviço, o qual pode ser apoiado por equipes da atenção básica, por profissionais da saúde mental, etc. (Campos e Domitti, 2007). Um paciente em tratamento oncológico, poderia ter sua equipe de referência no serviço de oncologia, enquanto dura o tratamento específico e também com uma equipe da atenção básica, esse mais permanente. O que comanda essas decisões são as normas, os protocolos, as negociações pactuadas diretamente entre os sujeitos envolvidos e os princípios éticos e políticos do SUS.

O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Personalizar os sistemas de referência e contra-referência, estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Altera-se, dessa forma, o papel e o modo de operar das Centrais de Regulação, atribuindo a estas uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. Há aqui uma aposta, como em outros países, no "empoderamento" dos trabalhadores de saúde com a responsabilidade de regulação do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão em coerência com as diretrizes gerais do sistema (Campos, 2007). O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria

tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial (Campos e Domitti, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), são duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, o construído na combinação de encontros periódicos e regulares, semanais, quinzenais ou mais espaçados entre equipe de referência e apoiador matricial. O objetivo seria discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Além disso, criar possibilidades de discussão de aportes teóricos e metodológicos pertinentes às necessidades dos sujeitos envolvidos visando a qualificação da atenção e das relações. A segunda maneira, em casos imprevistos e urgentes, em que não é possível aguardar a reunião regular, o profissional de referência aciona o apoio matricial, a partir de uma avaliação de risco e vulnerabilidade, por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador.

Em outro nível de produção de demandas, a discussão de casos complexos também costuma explicitar dificuldades no modo como os profissionais, as equipes e os serviços produzem relação com os usuários. Casos de abandono de tratamento, de dificuldade de acesso, ou que envolvam problemas de violência, por exemplo, podem *denunciar* a dificuldade de relação entre os profissionais e os usuários, os “fechamentos” dos serviços e do sistema às demandas da população, o empobrecimento das ações programáticas ofertadas, etc. Essas “denúncias” surgem na maior parte das vezes de forma conflituosa e demanda dos profissionais e dos gestores grande capacidade de escuta e auto-análise. Todavia, esse movimento só ganha possibilidades criativas se profissionais de saúde e gestores conseguem implementar modificações concretas no seu modo de produção de práticas, no cotidiano do trabalho. Nesse propósito, passa a ser crucial a produção de espaços de discussão e de co-gestão qualificados nos quais esses atores possam inscrever-se de forma produtiva. Considera-se, dessa forma, que o arranjo Apoio Matricial, deve fazer parte de um conjunto de estratégias de democratização institucional.

A função de apoiador sugere, nesse sentido, a incorporação de referenciais e ferramentas do Apoio Paidéia (Campos 2000). Na gestão do trabalho em equipe, na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. A função do apoiador seria procurar construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores, a partir da consideração de ofertas e demandas colocadas por esses e outros atores ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. Nesse movimento produzir, com o coletivo, processos de escuta, análise, construção de textos coletivos, definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação.

Bibliografia

Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Nov. 2007, vol.12 suppl, p.1865-1874. ISSN 1413-8123.

_____. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 1999, vol.4, no.2, p.393-403. ISSN 1413-8123.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, out./dez. 1998a, vol.14, no.4, p.863-870. ISSN 0102-311X.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In EE Merhy & R Onocko (orgs.) *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. Hucitec/Lugar, São Paulo, Buenos Aires. 1998b.

Campos GWS e Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, fev. 2007, vol.23, no.2, p.399-407. ISSN 0102-311X.

Carvalho SR e Cunha GT. Gestão e organização da saúde: elementos para se pensar a mudança dos modelos de atenção. In: Campos GWS; Minayo MC; AKERMAN M; Drumond Jr M e Carvalho YM (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro. Editora Hucitec/Editora Fiocruz. 2006.

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*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

Kamkhagi VR. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupos. In: Baremlitt G (org). *Grupos: teoria e técnica*. RJ: Ed. Graal, 1986. 2ª ed.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?req=2&mt=100&mt_p=%3C&by=2&sc1=1&look=new&sc2=1&lin=1&mode=e&fut8=1&gp=1&gp=1&text=starfield&text_p=inc&submit=%C2%A0%C2%A0Search%C2%A0%C2%A0

O Projeto Terapêutico Singular

Gustavo Nunes de Oliveira

A concepção de projeto terapêutico vem sendo construída no Brasil ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. A importância do projeto terapêutico como dispositivo de integração e organização de equipes de profissionais da saúde já encontra algum acúmulo de reflexões e experiências práticas.

No campo da saúde mental, o planejamento dos processos terapêuticos em alguns serviços de atenção psicossocial procura não se limitar ao “momento de crise, mas na continuidade da vida do usuário”. 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, “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política” (Zerbetto, 2005, p.116). Em várias experiências no campo da saúde mental, a concepção de projeto terapêutico está vinculada a noção de profissional de referência. Aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) num projeto terapêutico em andamento. Em uma equipe, cada profissional se tornaria referência para 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, resguardando-se os cuidados com as possibilidades de burocratização das tomadas de decisão no cotidiano.

A configuração mais próxima do que nomearemos o conceito de PTS neste trabalho, surge no Brasil, no início da década de 90, com o movimento antimanicomial em Santos, SP. Trazendo referências da Reforma Psiquiátrica italiana, 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 nos manicômios foi enfrentado com a “problematização e o redimensionamento das concepções e das práticas do trabalho terapêutico e do próprio sentido do processo terapêutico”. Novos arranjos e dispositivos foram formulados e testados nesse sentido da 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 re-singularização”. 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).

Naquela experiência, no município de Santos, a singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-famíliares 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 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” (Nicácio, 2003).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.

Para entender essa definição será preciso explicitar melhor o que se quer dizer com PTS. O entendimento sobre o conceito de *vulnerabilidade* o qual, para essa discussão, buscou-se em Ayres *et al* (2003), implica em colocar no foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelos coletivos, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida. Desse modo, o desenvolvimento de um *olhar sobre vulnerabilidades*, deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos *singulares* dos indivíduos e coletivos envolvidos (Oliveira, 2008). A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, é o lócus onde, em função de um sujeito ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde (Aranha e Silva, 2005). O termo singular remete à diferença, contexto singular, não passível de reprodutibilidade e, portanto, menos sujeito a processos de captura por processos Tayloristas (Campos, 2000a).

A palavra *projeto* no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Além disso, será preciso explorar exhaustivamente a idéia de *projetualidade*, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novos possíveis (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 36 *Apud* Nicácio, 2003). Nesse sentido, a co-produção e a co-gestão do processo terapêutico que incorpore esse *olhar* aos contextos singulares e, ao mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de *projetualidade*, definem o PTS.

A transformação do olhar para as pessoas com a experiência do sofrimento[...] 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).

Os desafios da formulação e da operacionalização do PTS

Nesse capítulo, desenvolveremos mais detalhadamente o PTS voltado para a discussão de caso de indivíduo ou de pequeno grupo. A tecnologia do PTS para o desenvolvimento de projetos voltados para coletivos e comunidades está mais desenvolvida no capítulo “**Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território**”.

A formulação do PTS pode ser entendida como um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Nesse sentido, entende-se que deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS. No cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática (Oliveira, 2008), constatou-se que o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando a resolução de *casos*²⁶ muito complexos. Desse modo, o PTS será

²⁶ A denominação *caso* procura criar uma interface conhecida do cotidiano dos profissionais de saúde. Quando uma equipe ou profissional de saúde se refere a uma situação, envolvendo um indivíduo ou grupo que vivenciam “problemas” (assim vistos e nominados) que demandam intervenções, essas situações e/ou indivíduos são denominados *casos*.

abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na Atenção Básica.

Formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados: a co-produção da problematização; a co-produção de projeto e a co-gestão/avaliação do processo. Esses movimentos guardam alguma relação com os momentos descritos em Cunha (2005): “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”.

O primeiro movimento, aqui denominado *co-produção da problematização*, diz respeito ao processo que produz o *acesso* dos sujeitos à singularidade do caso em discussão. O reconhecimento de uma situação problemática em questões de saúde na idéia de “caso” muitas vezes é tomado pela equipe de saúde como um movimento unilateral desta, à revelia dos desejos e dos interesses do(s) usuário(s) envolvido(s). Isso se deve, em grande parte, à tradição que faz a delimitação dos problemas de saúde a partir da *expertise* da equipe que se assume como detentora do saber “científico”. Todavia, se essa *expertise* produz na equipe um olhar “armado” para a detecção e para o enfrentamento de problemas de saúde, quando esse mesmo olhar é colocado como único capaz de explicar e atuar no seu contexto de vida, muitas vezes provoca no(s) usuário(s) movimentos ora de resistência, ora de submissão, dificultando a formação de compromisso com o processo terapêutico e a produção de autonomia. Para uma co-produção de problematização será necessário que a equipe reconheça a 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 (Cunha, 2005, p.88-89). A *expertise* da equipe deveria ser colocada nessa co-produção na forma de *oferta* (Campos, 2000a).

Nesse sentido, cabem à equipe e ao usuário algumas práticas de aproximação. Ir ao campo e provocar momentos de encontro. Reconhecer e afirmar as identidades das

pessoas em seus territórios existenciais. Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços do serviço, na rua ou no domicílio das pessoas. O significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe de *coletar* informações, mas, além disso, será o de oportunizar o vínculo e a formação de algo em *comum*. Nesses encontros, as conversas que se dão são momentos estratégicos nessa co-produção de problematização, na formação e junção/composição de olhares sobre a situação-problema, suas hipóteses explicativas e, já aí, algumas possíveis saídas. Assim, constata-se que a equipe que quer formular um PTS, além de momentos de discussão em equipe, não pode prescindir do contato direto com o usuário, de vivências com o usuário. O movimento de co-produção pressupõe o fazer *junto* e não pelo outro. Buscar resoluções *com* e não *para* o outro. O exercício do que chamamos de *abertura* não é apenas uma questão ética “politicamente correta”, mas também uma questão de saber, de técnica, de capacidade de análise e de visão estratégica. Uma concepção de território mais abrangente e os aportes teóricos para o trabalho com grupos/coletivos são facilitadores nessa empreitada (ver capítulo **“Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território”**).

Ainda nesse movimento de co-produção de problematização, ao mesmo tempo também nos outros dois movimentos, a equipe que se propõe a formular um PTS, deverá descobrir a importância de acostumar-se à prática de avaliação, em grupo, do que já foi feito pela equipe na relação com o usuário. Em geral, quando se destaca um caso dos outros, no serviço, para a formulação de um PTS, isso ocorre porque já houve um investimento da equipe na tal problemática e não se obteve o resultado esperado. Esse é o modo mais comum de definição do *caso complexo*. Aquele no qual a equipe já depositou alguma energia e considera frustrados seus esforços. É o paciente portador de doença crônica que não “adere” ao tratamento proposto. É aquele que procura inúmeras vezes o serviço, reclama, entra em conflito com a equipe, frequentemente, e não parece satisfazer-se nunca, apesar do esforço dos profissionais. É a família que enfrenta inúmeros problemas sociais, econômicos, violência e a equipe não consegue estabelecer uma rede social e técnica que ajude a resolver os problemas.

Na interface entre problematização e gestão/avaliação, as equipes poderiam praticar um olhar de autocrítica contextualizada e processual sobre suas maneiras de agir e pensar, até o momento, na relação com os usuários envolvidos. Para tanto, os profissionais deverão considerar que todas as ações, sejam elas procedimentos técnicos, interações relacionais ou mobilizações de afetos, foram ações clínicas que, no conjunto, expressam os atravessamentos que perpassam a equipe, as questões transferenciais, as estratégias utilizadas, suas apostas, as ênfases e as focalizações que a equipe/profissionais vem produzindo na relação com os usuários. Recomenda-se que essa análise seja realizada em grupo, de forma construtiva, tendo como motivador as seguintes questões: O que se tem feito com relação ao caso? Que estratégia, aposta ou ênfase têm sido utilizadas para o enfrentamento do problema? Como este(s) usuário(s) tem respondido a essas ações da equipe? Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)? O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)? Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?

Note-se que estes questionamentos são geralmente difíceis de fazer, muitas vezes mobilizando afetos que nem mesmo a equipe tem consciência. Desse modo, o ideal é que as equipes contem com algum apoio externo para isso. Em algumas experiências esse é um dos papéis do apoiador matricial. Também será necessário um contrato ético rigoroso na equipe para permitir um espaço de fala protegida. Sem essa garantia ética e de solidariedade entre os profissionais da equipe as discussões podem ficar permeadas de um sentimento persecutório que dificilmente permite à equipe falar de si e fazer movimentos de mudança nas suas dinâmicas de relação interna à equipe e na sua relação com outros sujeitos. No entanto, a possibilidade de olhar para si na sua relação com casos complexos é um dos principais processos que permite a mudança de rumos e aumenta as chances de alcançar resultados mais positivos.

O segundo movimento, a *co-produção de projeto*, não menos complexo do que o primeiro, traz consigo o desafio de conciliar as práticas de planejamento, com o sentido de projetualidade, já mencionado nesse texto, ao mesmo tempo em que produza estímulo para participação ativa dos atores envolvidos. No cotidiano dos serviços as práticas de planejamento concentram-se muito mais na resolução pragmática de

problemas do que propriamente na produção de novos contextos. A tensão instaurada pelas políticas de produtividade adotadas pela gestão de muitos municípios e também pelos estados e governo federal, contribui para um “produtivismo” voltado para o aumento de produção de procedimentos, sem, necessariamente, implicar em produção de saúde e melhor qualidade de vida. A lógica do planejamento normativo (Merhy, 1995), o “produtivismo” e a *racionalidade gerencial hegemônica* (Campos, 2000a), atuam de forma sinérgica produzindo uma prática de planejamento, nos serviços de saúde, muitas vezes burocrática, endurecida e pouco participativa, separando muito claramente os momentos de problematização, de eleição de objetivos e a proposição de ações.

O que se propõe é uma concepção sobre planejamento em saúde no cotidiano, que privilegie 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 para o planejamento das ações. A dinâmica de planejamento no PTS deve partir do princípio de que tudo que se mobiliza em termos de conhecimento, de experiência e de fluxos afetivos com relação ao caso é motivo para análise - a *co-produção de problematização* – a qual deve conduzir à busca por um entendimento profundo do caso, por parte da equipe e do(s) próprio(s) usuário(s) implicados. O avanço ou a melhora da situação problemática está relacionada à capacidade dos atores envolvidos de evitar a tendência ao surgimento de ações estereotipadas que emirjam de uma padronização de aspecto transcendente e geral que dita os modos de compreender e legitimar os “problemas de saúde”, tornando redundante e desnecessária a discussão de problemas e objetivos singularizados. Em outras palavras, tudo o que no geral, ou de forma abstrata significa saúde, doença, sofrimento, melhora, sucesso e fracasso, deve ser *dobrado* pela singularidade do caso de tal modo que se *desdobre* num projeto factível, segundo as possibilidades de recursos e princípios ético-políticos do SUS, sendo portador de uma significação interna própria que considere as singularidades do caso. Será importante cada ator envolvido na co-produção de um PTS perguntar-se o que significa produzir saúde e autonomia naquele caso específico em discussão e procurar trocar suas impressões com o grupo.

Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS. Uma equipe na qual os profissionais trabalham de forma isolada e fragmentada, cada um em seu *Núcleo* (Campos, 2000b), avaliando a mesma problemática segundo seu próprio arsenal de saber e de experiência e partindo daí para criar ações pode, no seu conjunto, desenhar intervenções que consideram hipóteses e aspectos totalmente diferentes com relação à problemática. O resultado não é propriamente um projeto de equipe, mas um conjunto de ações muitas vezes incoerente e até contraditório, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando as chances de intervenções danosas ao usuário. Isso é particularmente mais freqüente naqueles casos que envolvem grande complexidade de questões e que demandam múltiplas abordagens (orgânica, psico-afetiva, social). No PTS, a forma mais coerente de trabalho em equipe seria aquela na qual o espaço coletivo de discussão busca articular no *Campo* (da saúde, do cuidado, do trabalho, da clínica ampliada, etc.) os diferentes *Núcleos* profissionais, com seus saberes e práticas específicas, diferentes formas de ver a problemática em questão, compondo hipóteses explicativas compartilhadas, mas não necessariamente únicas, permitindo à equipe, na sua relação com o(s) usuário(s) a composição de estratégias conjuntas de intervenção, com maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano. Esse seria o modo pelo qual se co-produz um PTS.

Nesse ponto, levar-se-á em consideração que a *discussão de caso* no PTS deve-se diferenciar das discussões de casos clínicos nas quais os profissionais trocam apenas *informações* sobre a problemática. Uma equipe que se reúne apenas para que um profissional que “sabe” mais sobre o caso repasse as *informações* para os que “sabem” menos, não necessariamente trabalhará na dinâmica do PTS, conforme colocado acima. A troca, simplesmente, de *informações*, ainda mais atravessadas por todas as questões transferências, sem o levantamento e análise coletiva das hipóteses que guiarão a composição do projeto, muitas vezes reproduz a lógica fragmentada de trabalho e aumenta a “cegueira” da equipe na relação com o(s) usuário(s), já que não restará a quem recebe a informação outra possibilidade do que deixar-se levar pelo “juízo” do outro que repassa as *informações* já filtradas por inúmeros processos simbólicos, afetivos e cognitivos.

Afirma-se, desse modo, que os movimentos de *co-produção de*

problematização e co-produção de projeto devem permitir à equipe a troca efetiva de saberes, de afetos, de hipóteses explicativas, de possibilidades de intervenção, tendo no espaço coletivo a possibilidade de análise das implicações, dos problemas éticos, dos valores em jogo, do diagrama de poder que atravessa o coletivo e as relações, dos regimes de visibilidade e dizibilidade do grupo, até o limite do possível e da prudência.

O terceiro movimento do PTS, a *co-gestão/avaliação do processo* surge desde o momento em que a equipe, mesmo antes de definir o *caso*, sente a necessidade ou é estimulada a criar ou qualificar os espaços coletivos de reunião. Para haver possibilidade de uma equipe reunir-se e formular um PTS, será necessário criar essa possibilidade no seu cotidiano de trabalho. Produzir espaço de agenda. Legitimar na própria equipe e nas relações com outras equipes, com a gestão e com a população o PTS como dispositivo importante na ampliação da capacidade resolutiva da equipe e do serviço. Para tanto, equipe e gestão terão que construir uma forte argumentação para convencer-se e convencer os outros sujeitos da importância de “parar” para discutir um caso, mesmo com todo o “excesso de demanda” que chega aos serviços todos os dias. Espera-se que, até o final deste capítulo, trabalhadores e gestores já encontrem fortes argumentos que defendam e legitimem a formulação dos PTS nos serviços de saúde, especialmente, naqueles nos quais se sente mais os efeitos desagregadores do excesso de demanda.

Em todo o projeto há uma dimensão de 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 seja de algum modo, providenciados meios mínimos de sua viabilização. Nas organizações nas quais os projetos em andamento são definidos de forma externa aos atores envolvidos e/ou quando os projetos implementados jamais conseguem ser viabilizados, os resultados serão ou a des-responsabilização ou o adoecimento desses sujeitos. Especialmente em casos complexos, muitas vezes, as ações necessárias num PTS são exclusivamente formuladas para aquele caso, fugindo dos modos gerais de organização do trabalho no serviço.

Quando se formula um PTS relacionado ao que denominamos *caso complexo* não se pode esperar que todo o conjunto de ações que dele surjam se enquadrem totalmente no *modus operandi* do serviço. É importante que haja pactuação dessas novas formulações junto às outras equipes e à gestão do serviço e também com usuários e familiares, buscando a formação de uma rede solidária de co-gestão e de sustentação do projeto proposto.

A garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico sem que, no entanto, isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representam grandes dificuldades e desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer PTS. Uma estratégia que procura favorecer essa articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do PTS é a escolha de um profissional de referência. Como já foi mencionado no início do capítulo algumas experiências no campo da saúde mental atribuem ao profissional de referência um papel importante na gestão da clínica. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. Aquele que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante. Articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do PTS. Pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão (Oliveira, 2008).

O papel do profissional de referência pode muitas vezes ser “promovido” a responsável pelo caso. Esse movimento pode, no entanto, desconsiderar que cada uma das ações desenhadas na formulação ou reformulação de um PTS deve ser vinculada à responsabilidade do profissional que a executará em consonância com o projeto coproduzido no coletivo. A conversão do profissional de referência à responsável pelo caso pode criar conflitos e des-responsabilização de outros profissionais envolvidos, sobrecarregando e, muitas vezes, tendo efeito de anulação da construção coletiva produzida na formulação do PTS.

De qualquer modo, a definição de profissionais de referência não anula a necessidade de definir responsáveis a cada uma das ações desenhadas no PTS, incluindo a pactuação de prazos para execução, definição de papéis e, algumas vezes, a definição

de momentos de reavaliação do caso em equipe.

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 recomendação é que as equipes organizem uma rotina de discussões de casos, no serviço. Seja criada uma agenda de formulação e de revisão dos PTS. Todavia, 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. Não se faz necessário reunir toda a equipe para reavaliação de PTS de forma muito repetitiva, incorrendo em burocratização da condução dos casos (Oliveira, 2008).

Considerando as interferências dos modelos de gestão nas possibilidades e dificuldades de operar com PTS, alguns arranjos de organização dos serviços de saúde têm se mostrado facilitadores importantes: a lógica de Adscrição Territorial de Clientela às Equipes de Referência e de Apoio Matricial Especializado, a qualificação dos espaços coletivos de Reunião de Equipe regulares e produtivos, a formação de Colegiados de Co-Gestão, a adoção de estratégias de Desprecarização das Relações de Trabalho como forma de combate à rotatividade de profissionais de saúde, a prática de Contratualização entre os Serviços de Saúde nos diferentes níveis de complexidade de gestão do sistema como forma de superação da fragmentação da rede de serviços e da lógica de produtividade apenas por procedimentos, entre outros. São condições importantes que ampliam as possibilidades de ganhos na prática do PTS, para os trabalhadores, para os usuários e para os gestores. Nesse sentido, o PTS se configura instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde.

Algumas questões disparadoras que as equipes de saúde podem utilizar para começar a praticar a formulação do PTS em grupo e a problematizar a sua relação com os usuários

- Quem são as pessoas envolvidas no *caso*?
 - De onde vêm? Onde moram? Como moram? Como se organizam?
 - O que elas acham do lugar que moram e da vida que têm?
 - Como lidamos com esses modos de ver e de viver?
- Qual a relação entre elas e delas com os profissionais da equipe?
- De que forma o *caso* surgiu para a equipe?
- Qual é e como vemos a situação envolvida no *caso*?
 - 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?
- O que já foi feito pela equipe e por outros serviços nesse *caso*?
 - O que a equipe tem feito com relação ao caso?
 - Que estratégia, aposta e ênfase têm sido utilizadas para o enfrentamento do problema?
 - Como este(s) usuário(s) tem respondido a essas ações da equipe?
 - Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)?
 - O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)?
 - Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?
 - O que os outros serviços de saúde têm feito com relação ao caso? Como avaliamos essas ações?
- A que riscos (individuais, políticos, sociais) acreditamos que essas pessoas estão expostas?
- Que processos de vulnerabilidade essas pessoas estão vivenciando?
 - O que influencia ou determina negativamente a situação (no sentido da produção de sofrimentos ou de agravos)?
 - Como essas pessoas procuram superar essas questões?
 - O que protege ou influencia positivamente a situação (no sentido da diminuição ou superação de sofrimentos ou de agravos)?
 - Como essas pessoas buscam redes para ampliar essas possibilidades?

- Como os modos de organizar o serviço de saúde e as maneiras de agir da equipe podem estar aumentando ou diminuindo vulnerabilidades na relação com essas pessoas?
- Que necessidades de saúde devem ser respondidas nesse caso?
- O que os usuários consideram como suas necessidades?
- Quais objetivos devem ser alcançados no PTS?
- Quais objetivos os usuários querem alcançar?
- Que hipóteses temos sobre como a problemática se explica e se soluciona?
- Como o usuário imagina que seu “problema” será solucionado?
- Que ações, responsáveis e prazos serão necessárias no PTS?
- Com quem e como iremos negociar e pactuar essas ações?
- Como o usuário e sua família entendem essas ações?
- Qual o papel do(s) usuário(s) no PTS? O que ele(s) acham de assumir algumas ações?
- Quem é o melhor profissional para assumir o papel de referência?
- Quando provavelmente será preciso discutir ou reavaliar o PTS?

Bibliografia

Aranha e Silva A.L., Fonseca R.M.G.S.. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. RevLatino-amEnfermagem 2005 maio-junho; 13(3):441-9.

Ayres JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D e Freitas CM (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. RJ: Fiocruz, 2003. p.117-140.

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. São Paulo: Hucitec. 2000a.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.

Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000b. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 May 2008. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002

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

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.

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.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec. 2008.

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

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.

Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família

Carlos Alberto Gama Pinto

As Equipes de Saúde da Família são um protótipo da definição de Coletivos Organizados para a Produção – *“Equipe ou Grupo de pessoas que se organiza em função do compromisso de se produzir Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade.”* (Campos, 2000)

Além de produzir valor de uso para os outros, esses coletivos organizados também se organizam em função do atendimento dos desejos e interesses de seus membros (salário, estabilidade, direitos trabalhistas, reconhecimento técnico e humanitário, posição ou projeção social, etc.) e a reprodução das condições de funcionamento da própria organização, no caso, a Equipe de Saúde da Família.

Assim, uma Equipe de Saúde da Família cumpre uma tríplice finalidade: a produção de bens ou serviços com *Valor de Uso*, a constituição de *Sujeitos*, e a reprodução de *Coletivos*. (Campos, 2000)

Para que as equipes de saúde da família, ou outros grupos de pessoas que trabalham juntas, possam ser chamados de Coletivos Organizados para a Produção, é necessário, ainda, que elas possuam *“a capacidade de análise e de co-gestão, objetivando o cumprimento da finalidade tríplice acima descrita.”* (Campos, 2000)

“Um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula. Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, conforme a definiu Gramsci.” (Campos, 2000)

A capacidade de análise dos Coletivos precisa ser exercitada. Não se exercita essa capacidade de análise dos Coletivos de forma individual, solitária. Para isso, então, é preciso que os espaços coletivos aconteçam. Espaços onde as pessoas que compõem o coletivo se encontrem, conversem, discutam os temas importantes em cada momento, explicitem seus conflitos, estabeleçam consensos possíveis, combinem formas de conviver e de trabalhar, estabeleçam compromissos e pactuem contratos.

Em nossa experiência constatamos que, em grande parte das Equipes de Saúde da Família, estes Espaços Coletivos não existem nem são construídos. Grande parte das

equipes de saúde da família não se reúne com alguma regularidade. As reuniões quando acontecem são esvaziadas, não existe um compromisso dos membros da equipe de comparecerem, contribuírem para as discussões e se envolverem, tomando deliberações de modo conjunto e se responsabilizando pela realização das tarefas acordadas. As demandas do cotidiano tomam o tempo dos profissionais, a prioridade acaba sendo ditada pela pressão externa à equipe e a agenda e o trabalho das equipes vão se tornando cada dia mais formais.

Uma das razões para que os profissionais se encontrem em reuniões de equipe é a elaboração de um diagnóstico de situação, visando planejar mudanças ou vislumbrar possibilidades de atuação mais adequadas (eficiente, eficaz, efetiva, prazerosa, comprometida). Contudo, são tantas as variáveis e possibilidades que é comum e compreensível que eles se sintam perdidos, sem saber exatamente por onde começar seus esforços de análise. O que analisar, que variáveis considerar, que temas abordar?

Uma sugestão do método da roda é trabalhar com Núcleos de Análise. *“Um Núcleo de Análise é um tema objeto de reflexão de um Coletivo. (...) Os Núcleos de Análise funcionam como provocação analítica para que as equipes signifiquem elementos da realidade (elaborem sínteses) e desencadeiem ações práticas (operacionais) de intervenção.”* (Campos, 2000) Os Núcleos de Análise podem surgir de demandas das próprias equipes ou devido a situações do contexto em que elas se encontram. De outra forma, eles podem ser introduzidos de forma deliberada por agentes externos às equipes, que realizem Ofertas de temas para análise do coletivo.

Na tentativa de apoiar estas equipes na realização de um diagnóstico ampliado do seu contexto sanitário e de sua capacidade de intervenção, desenvolvemos um instrumento Questionário para Diagnóstico Compartilhado. Ele pretende ser um dispositivo para ajudar as equipes neste esforço de exercer a análise e co-gestão do coletivo. A formatação em Questionário facilita a colocação de questões, que abrem a possibilidade do diálogo, considerando que *“a compreensão do falado deve ser pensada a partir da situação de diálogo, e isto significa em última instância, a partir da dialética de pergunta e resposta, na qual nos entendemos e pela qual articulamos o mundo comum.”* (Gadamer, 2004)

Por isso mesmo, ele é um dispositivo para ser utilizado no grupo. Ele não é para ser respondido isoladamente, ainda que alguns profissionais sintam-se conhecedores do funcionamento da equipe e capazes de emitir um juízo de valor sobre os temas abordados. Não que este julgamento não seja necessário, somente não é suficiente. Para que ele seja mais importante e possua maior potência na produção de mudanças é indispensável que seja colocado no Espaço Coletivo da equipe de Saúde da Família, às vezes em espaços ampliados com outras equipes, gestores ou usuários. A síntese diagnóstica deverá ser produzida junto aos julgamentos dos demais membros da equipe, de forma a problematizar cada tema na tentativa de formação de consensos, compromissos e contratos.

A tentativa de buscar-se construir consensos para a formação de compromissos e contratos, necessários para assegurar capacidade de ação, não significa necessariamente um convencimento completo do outro. *“A identidade do eu, assim como a identidade do sentido, que se constrói através dos participantes do diálogo, permanece intocada. É evidente que nenhuma compreensão de um pelo outro dialogante consegue abranger todo o âmbito do compreendido. (...) Por isso, no entendimento, jamais se dá o caso de a diferença ser tragada pela identidade. Quando dizemos que nos entendemos sobre alguma coisa, isso não significa, em absoluto, que um tenha uma opinião idêntica ao outro. “Chega-se a um acordo”, como diz muito bem a expressão.”* (Gadamer, 2004)

Em algumas equipes que não estão se reunindo, ou nas quais as reuniões estão acontecendo de forma automática, sem grandes conseqüências para a equipe, o próprio fato dos profissionais se reunirem para responder o Questionário para Diagnóstico Compartilhado já oferece a oportunidade de se constituir e exercitar a grupalidade, de tornar o grupo operativo, ainda que a tarefa no momento seja a de realizar uma análise de situação enquanto equipe e de seu trabalho.

Esse tipo de prática precisa ser exercitado para que ocorra, de fato, um processo de co-gestão. No início, alguns profissionais ficam retraídos, não se arriscam a fazer comentários ou dar opiniões. Outros polarizam as discussões, tomam a palavra aos demais. Isso faz parte do aprendizado de se trabalhar em Espaços Coletivos e deverá ser analisado com o decorrer das reuniões.

“A capacidade para o diálogo é um atributo natural do homem. Aristóteles definiu o homem como o ser que possui linguagem e linguagem apenas se dá no diálogo.” (Gadamer, 2004) Ter e exercitar a capacidade para o diálogo significa também reconhecer a alteridade do outro, e aprender a lidar com este outro, que pensa, sente e deseja diferente. *“Quando duas pessoas se encontram e trocam experiências, trata-se sempre do encontro entre dois mundos, duas visões e duas imagens de mundo. Não é a mesma visão a respeito do mesmo mundo...”* (Gadamer, 2004)

Isso significa que o consenso possível do grupo ou da equipe de Saúde da Família, no caso, não será a posição de nenhum de seus membros, mas alguma posição que contemple as diferentes visões de mundo que se comprometem no diálogo. *“O êxito de um diálogo dá-se quando já não se pode recair no dissenso que lhe deu origem. Uma solidariedade ética e social só pode acontecer na comunhão de opiniões, que é tão comum que já não é nem minha e nem tua opinião, mas uma interpretação comum do mundo.”* (Gadamer, 2004)

“O modelo fundamental de todo consenso é o diálogo, a conversa. Sabe-se que uma conversa não é possível, se uma das partes crê absolutamente estar numa posição superior em relação à outra, algo como se afirmasse possuir um conhecimento prévio dos preconceitos a que o outro se atém. Com isso, ele ver-se-ia trancado em seus próprios preconceitos. Em princípio, um consenso dialogal torna-se impossível quando um dos interlocutores do diálogo não se libera realmente para a conversa.” (Gadamer, 2004) Essa foi uma situação encontrada na prática por alguns de nossos alunos do Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ao iniciarem a aplicação do Questionário para Diagnóstico Compartilhado em suas equipes e serviços. Um relato interessante apareceu no Diário de Bordo de um dos alunos, onde ele descreve o desenrolar das reuniões:

- *“1ª Reunião: observei que (como sempre) quase que somente eu falo, direciono a reunião, questiono e opino a vontade sem que os demais membros da equipe realmente expressem qualquer opinião de peso, principalmente se diferentes das minhas, são coadjuvantes e figurantes da "minha" reunião de "equipe". Foi interessante também observar que alguns médicos trazem*

conceitos absolutamente diferentes dos que discutimos no curso, mas iguais aos que eu mesmo tinha antes do início do curso.

- 2ª reunião: estou tentando deixar as pessoas mais a vontade na reunião, tentando me impor menos com minhas opiniões, mas por outro lado, algumas pessoas parecem estar tão acostumadas a "serem conduzidas" que quando retirado o estímulo não interagem e permanecem naquele mutismo improdutivo, outros por outro lado parece que sentiram-se com mais liberdade e tornaram a reunião mais produtiva, inclusive com comentários sobre o mau funcionamento de vários pontos da equipe observados com a aplicação do questionário.”

É interessante notar que o profissional que escreve este relato vai percebendo a situação de desequilíbrio de poder na equipe, e começa a trabalhar no sentido de corrigir sua postura no grupo. Isso aparece como consequência do exercício reflexivo de aplicação do Questionário para Diagnóstico Compartilhado, elaborado de forma participativa como é proposta. A sua análise solitária vai sendo explicitada nas reuniões seguintes, gerando um incômodo propiciador de mudança.

As questões são colocadas para que o grupo ou equipe possa conversar a respeito das respostas. Embora a maioria das questões solicite uma nota de 0 a 10 a respeito de como a equipe se situa em relação à aplicação de alguns conceitos, o fato da equipe dever chegar a um acordo sobre esta nota suscita, muitas vezes, conversas longas em torno de uma única questão, de um único tema. Esse tipo de acontecimento é muito interessante para a equipe. Às vezes, as opiniões dos membros da equipe são muito diferentes a respeito de um mesmo assunto. Outras vezes, não são tão diferentes assim, mas não chegam a ser coincidentes. A opinião de um enriquece a visão prévia do outro. Isso só pode acontecer quando as pessoas se encontram para conversar a respeito do tema, e se comprometem a ouvir o que o outro tem a dizer.

“Conversa não é primariamente controvérsia. Parece-me característico da modernidade apreciar em demasia a identificação entre conversa e controvérsia. Conversar também não é mutuamente desentender-se ou passar ao largo do outro. Constrói-se, ao contrário, um aspecto comum do que é falado. A verdadeira realidade da

comunicação humana é o fato do diálogo não ser nem a contraposição de um contra a opinião do outro e nem o aditamento ou soma de uma opinião à outra. O diálogo transforma a ambos.” (Gadamer, 2004)

Assim, ainda que a princípio existam discordâncias entre os membros da equipe, e por vezes, essas discordâncias estejam latentes e aflorem em ocasiões onde isso é permitido, como no caso destes encontros de equipe, que estamos propondo, essa é a melhor possibilidade da equipe e do coletivo aprender a trabalhar em conjunto.

“Partir dessa idéia nada mais significa do que admitir em toda compreensão uma potencial relação de linguagem, de tal modo que, onde surge dissenso, é sempre possível – e é esse o orgulho da razão humana – viabilizar o entendimento mútuo pela conversa. Apesar de nem sempre possível, toda vida social baseia-se na pressuposição de que aquilo que se bloqueia pelo aferrar-se às suas próprias opiniões pode ter um alcance mais amplo no diálogo mútuo.” (Gadamer, 2004)

É importante que à medida que a conversa vai se fazendo e a equipe vai identificando os consensos possíveis de abordagem dos problemas, ela já vai atuando na mudança daquilo que for pactuado. O método Paidéia ou *método da Roda* “trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações. Na seqüência, em função do interpretado tomam-se decisões e se desencadeiam ações práticas, mediante a distribuição de Tarefas entre os membros de um Coletivo.” (Campos, 2000)

Assim, muitas vezes, antes de terminar o Questionário para Diagnóstico Compartilhado, as equipes já identificaram uma série de problemas e se acertaram sobre formas de enfrentá-los. Se não estavam fazendo reuniões de equipe com regularidade, começam a fazê-lo; se não estavam fazendo discussões de casos clínicos na equipe, elaboração de projetos terapêuticos singulares para os pacientes, levantamento de dados epidemiológicos relativos a seus pacientes, aproveitam as reuniões de equipe para introduzir estas ações. *“Vale enfatizar: analisar primeiro, e fazer diagnóstico depois, sim; mas também, desde o começo, agir. Operar sobre a realidade e sobre a dinâmica grupal desde as primeiras interpretações, explicitando claramente o compromisso do grupo com determinadas mudanças, ou tarefas, ou operações. Pensar e fazer, de modo*

que a experiência prática contribua para o reconhecimento dos limites, das falhas e dos sentimentos conscientes e inconscientes.” (Campos, 2000)

A seguir, disponibilizamos o modelo do Questionário para Diagnóstico Compartilhado que utilizamos em nosso curso de Co-gestão da Atenção Básica. Este instrumento foi utilizado pelas equipes dos alunos do curso nas cidades de Campinas e sua Região Metropolitana (SP), Guarulhos (SP), Fortaleza (CE) e algumas cidades da Baixada Fluminense (RJ). Os relatos de sua utilização pelas equipes demonstraram grande sucesso em promover os encontros dos profissionais das equipes de saúde da família em torno de uma tarefa, ajudando a formação da equipe enquanto grupo operativo.

O Questionário para Diagnóstico Compartilhado da Atenção Básica incorpora, além das questões mais clássicas pertinentes à avaliação de uma unidade de atenção básica de saúde (e em especial de uma unidade de saúde da família), as questões que mais fortemente determinam uma ampliação da clínica e uma democratização da gestão local. Assim, importa sobremaneira colocar em discussão na equipe, além de uma avaliação de seus resultados, questões que a interroguem quanto à formação de vínculo e responsabilidade pela população adscrita, forma de acesso da população ao cuidado, organização da clínica e da agenda, acolhimento e classificação de risco, elaboração de projetos terapêuticos singulares, conhecimento do território e de suas potencialidades/fragilidades, interação com a atenção secundária e com a rede hospitalar, existência de indicadores avaliados, de organização da equipe em torno de projetos, de formação de compromissos e contratos na equipe, de gestão colegiada e compartilhada, entre outros temas. O Questionário para Diagnóstico Compartilhado da Atenção Básica não pretende esgotar a discussão nem ser um instrumento completo de avaliação da atenção básica ou das equipes de saúde da família. Também não pretende verificar o estágio de qualidade das equipes de acordo com padrões pré-estabelecidos. (BRASIL, 2005) Antes disso, ele estimula a conversa na equipe sobre questões que podem interferir de forma importante na prática e resultado de sua atuação, no sentido de facilitar o surgimento dos temas para análise e co-gestão no coletivo das equipes.

Bibliografia

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

Campos, Gastão Wagner de Sousa Campos. Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

Gadamer, Hans-Georg. Verdade e método II: Complementos e índice. Tradução de Enio Paulo Giachini; revisão da tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 2ª edição. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2004.

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

(ênfase na Atenção Básica)

Questionário para Diagnóstico Compartilhado da Atenção Básica

Este é um questionário para ser aplicado na sua Unidade de Saúde de forma a se estabelecer parâmetro inicial de algumas questões da gestão e da clínica que serão objeto de trabalho no grupo e que poderão se constituir em projetos de intervenção específicos.

A partir deste primeiro diagnóstico, com periodicidade regular durante o andamento do curso, poderemos avaliar os impactos dos projetos de intervenção delineados.

Este questionário deve ser respondido pelos alunos do curso que estão ligados à Unidade de Saúde, em conjunto com os demais profissionais da unidade, de forma participativa, servindo como dispositivo para estimular a discussão na equipe.

O questionário é composto principalmente por questões estruturadas. As questões são assim desenhadas:

Questões tipo Sim ou Não.

Questões para quantificar o gradiente de 0 a 10, por exemplo, onde 0 é “não utilizado” e 10 é “muito utilizado”, ou 0 é “não disponível” e 10 é “muito disponível”.

Questões com respostas categóricas onde deve ser marcada uma das opções apresentadas, por exemplo: frequência do evento “semanal”, “quinzenal”, “mensal” etc.

Questões apresentadas na forma de tabelas, para preenchimento com dados da instituição ou da Unidade de Produção Específica.

Questões abertas, para redação livre, onde pode-se responder da forma que se entender mais adequada.

Todas as respostas, mesmo aquelas das questões mais estruturadas, podem ser complementadas com redação livre, se o respondente entender que precisa complementar a resposta com mais informações julgadas pertinentes.

Uma boa forma de responder ao questionário é realçar em amarelo a resposta pretendida, facilitando o retorno do questionário respondido por meio eletrônico (e-mail).

Exemplo: (Não) 0 (Sim) 1

- (Não) 0 (Sim) 1
- u) A Equipe conhece os dados de estimativa do IBGE (ou outra fonte oficial) sobre as características demográficas de sua população de referência?
 (Não conhece) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Conhece bem)

- v) Qual a população estimada (e sua distribuição por sexo e idade), de acordo com as estimativas do IBGE ou outra fonte oficial utilizada (cite a fonte)?

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
<i>< 1 ano</i>			
<i>1 a 4 anos</i>			
<i>5 a 6 anos</i>			
<i>7 a 9 anos</i>			
<i>10 a 14 anos</i>			
<i>15 a 19 anos</i>			
<i>20 a 39 anos</i>			
<i>40 a 49 anos</i>			
<i>50 a 59 anos</i>			
<i>60 anos ou mais</i>			
<i>Total</i>			

- w) Qual a população adscrita à Equipe de Referência (e sua distribuição por sexo e idade) nestes setores censitários, de acordo com os dados do cadastro das famílias adscritas?

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
<i>< 1 ano</i>			
<i>1 a 4 anos</i>			
<i>5 a 6 anos</i>			
<i>7 a 9 anos</i>			
<i>10 a 14 anos</i>			
<i>15 a 19 anos</i>			

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
<i>20 a 39 anos</i>			
<i>40 a 49 anos</i>			
<i>50 a 59 anos</i>			
<i>60 anos ou mais</i>			
<i>Total</i>			

x) Quantas famílias são e qual a média de pessoas por família em cada um dos setores censitários da área de abrangência da Equipe de Referência?

Área do Agente Comunitário	Número de famílias	Número de pessoas	Média de pessoas por família
No.de setores:	Total:	Total:	Média:

Saúde Bucal

y) Como as Equipes de Saúde Bucal são integradas às Equipes de Saúde da Família em sua unidade?

- Não existe Equipe de Saúde Bucal no serviço..... 1
- A cada 2 Equipes de Saúde da Família..... 2
- A cada 1 Equipe de Saúde da Família..... 3

z) Como as Equipes de Saúde Bucal são compostas?

- Equipes simples (dentista e THD) 1
- Equipes completas (dentista, THD e ACD) 2

aa) De que forma se dá o acesso da população às Equipes de Saúde Bucal (abertura da agenda)? Redigir livremente.

Relacionamento da Equipe com a população adscrita

- bb) A Equipe realiza esforços de estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizado)
- cc) A forma da Equipe estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência é mais individual ou coletiva?
(Mais individual) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mais coletiva)
- dd) Quando uma família nova muda-se para a sua área de abrangência, a equipe realiza contato no sentido de estabelecer vínculo e contratar sua forma de atuar com esta família?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizado)
- ee) De que estratégias a Equipe se utiliza para estabelecer vínculo e contratar uma forma de trabalho pactuada com as famílias de sua área de abrangência? Descrever livremente.
-
-
-
-
-
- ff) De uma forma geral, como a equipe avalia o resultado desses esforços?
(Nenhum resultado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito resultado)
- gg) Em relação ao vínculo estabelecido com a comunidade, como a equipe avalia a contribuição destes esforços?
(Nenhuma contribuição) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita contribuição)

Conhecimento do território

- hh) A equipe conhece/interage com o território de sua responsabilidade sanitária?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
- ii) A equipe (em conjunto) já realizou visitas ao território, com o objetivo de conhecer a realidade social, econômica, sanitária, os recursos disponíveis para utilização pela equipe e pela população?
(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
- jj) A Equipe conhece/interage com as principais lideranças comunitárias no seu território de abrangência?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
- kk) A equipe conhece/interage com os equipamentos de saúde (farmácias, consultórios médicos e dentários, laboratórios, outros) disponíveis no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
- ll) A equipe conhece/interage com os equipamentos de educação (creches, escolas municipais, estaduais e particulares) disponíveis no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
- mm) A equipe conhece/interage com os equipamentos de lazer (quadras de esportes, praças, parques, campos de futebol, organizações como escolas de futebol, de artes, de circo etc.) disponíveis no território?

vv) A equipe dispõe de ferramentas para facilitar essa programação local das visitas?
(Não) 0 (Sim) 1

ww) Os ACS realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade?
Descrever livremente.

xx) Quantas visitas os ACS participantes da equipe realizaram nos últimos 12 meses?

Mês	ACS 1	ACS 2	ACS 3	ACS 4	ACS 5
<i>Janeiro</i>					
<i>Fevereiro</i>					
<i>Março</i>					
<i>Abril</i>					
<i>Mai</i>					
<i>Junho</i>					
<i>Julho</i>					
<i>Agosto</i>					
<i>Setembro</i>					
<i>Outubro</i>					
<i>Novembro</i>					
<i>Dezembro</i>					
<i>Total</i>					

yy) Os médicos realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade?
Descrever livremente.

zz) Os enfermeiros realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

aaa) Os auxiliares de enfermagem realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

bbb) Quantas visitas os profissionais da equipe realizaram nos últimos 12 meses?

Mês	Médico generalista	Médico pediatra	Médico ginecologista	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem
<i>Janeiro</i>					
<i>Fevereiro</i>					
<i>Março</i>					
<i>Abril</i>					
<i>Mai</i>					
<i>Junho</i>					
<i>Julho</i>					
<i>Agosto</i>					
<i>Setembro</i>					
<i>Outubro</i>					
<i>Novembro</i>					
<i>Dezembro</i>					
<i>Total</i>					

ccc) As visitas domiciliares dos profissionais das equipes são registradas?

(Não registra) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Registro adequado)

ddd) Como as informações obtidas nas visitas domiciliares são compartilhadas com os demais profissionais da equipe? Descrever livremente.

Organização da Clínica

eee) Os dados do cadastro são trabalhados pela ESF?

(Não trabalhados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito trabalhados)

fff) A organização da agenda de trabalho foi feita pela ESF?

(Não) 0 (Sim) 1

ggg) A ESF atende também à população não adscrita?

Não atende..... 1

- Só no acolhimento..... 2
- Esporadicamente..... 3
- Diariamente..... 4

hhh) A ESF faz o acolhimento da população adscrita?

- Não atende 1
- Horário específico..... 2
- O dia todo..... 3
- Pela manhã..... 4

iii) Qual o conceito de acolhimento utilizado pela equipe? Descrever livremente.

jjj) Quantas horas diárias de agenda aberta (demanda espontânea)?

kkk) Quantas horas semanais de atividades programadas, e quais são elas? Descrever livremente.

lll) Tem fila para o atendimento?

(Muita fila) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Não tem fila)

mmm) As famílias adscritas conhecem a agenda da ESF?

(Não conhecem) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Conhecem bem)

nnn) A forma de organização do trabalho na Equipe de Referência conta com a discussão e prática multiprofissional, com a Equipe integrada se responsabilizando pelo paciente ou cada profissional faz a sua parte desconectada dos demais?

(Muito desconectada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito em equipe)

ooo) Os casos dos pacientes são discutidos na equipe?

(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

ppp) Existe formulação de Projeto Terapêutico para cada paciente?

(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

- qqq) A equipe avalia/reavalia o andamento do Projeto Terapêutico?
 (Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
- rrr) A Equipe de Referência promove reuniões clínicas periódicas, para discussão de casos e condutas, atualização clínica, padronização de condutas, elaboração de protocolos da unidade?
 Não promove 0
 Promove em frequência inferior a 1 ao mês 1
 Promove mensalmente 2
 Promove quinzenalmente 3
 Promove semanalmente 4
- sss) No caso de internações de pacientes adscritos, a Equipe de Referência faz contato com o médico/enfermeiro do hospital, responsável pela internação do paciente?
 (Não contata) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito contatado)
- ttt) Quanto à interação positiva da equipe com os familiares ou acompanhantes, no sentido de fornecer informações adequadas do estado de saúde do paciente?
 (Sem interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
- uuu) Quanto ao oferecimento de abordagem e apoio às questões subjetivas dos pacientes e seus familiares?
 (Não oferece) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito oferecimento)
- vvv) A Equipe se preocupa com o fornecimento de informações e orientações em condições mínimas necessárias para respeito à privacidade dos pacientes?
 (Sem disponibilidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita disponibilidade)

Práticas integrativas e complementares

- www) A Unidade possui profissionais com conhecimento em Homeopatia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
 (Não) 0 (Sim) 1
- xxx) A Unidade possui profissionais com conhecimento em Fitoterapia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
 (Não) 0 (Sim) 1
- yyy) A Unidade possui profissionais com conhecimento em Acupuntura e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
 (Não) 0 (Sim) 1
- zzz) A Unidade possui profissionais com conhecimento em Medicina Chinesa e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
 (Não) 0 (Sim) 1

Relação com especialistas

- aaaa) Quais as especialidades mais demandadas pela equipe nos últimos 12 meses?
 Descrever livremente.

bbbb) Para cada especialidade, registrar o tempo médio de espera (em dias), de acordo com a impressão da equipe?

Especialidade	Tempo de espera (em dias)

Nas questões 75 a 80, você vai passar uma visão geral do relacionamento de sua unidade com as especialidades (em seguida, você poderá responder essas mesmas perguntas, de acordo com as especialidades específicas):

cccc) Quanto à forma de solicitação de interconsulta, como se dá o relacionamento da equipe com os especialistas?

(Muito burocrática) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativa)

dddd) Quanto ao tempo despendido da solicitação à realização da interconsulta?

(Muito demorado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito rápido)

eeee) Quanto à interação positiva (educação e qualidade relacional) do especialista no contato com o paciente?

(Nenhuma interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

ffff) Quanto à qualidade técnica (resposta satisfatória e confiável à dúvida) da interconsulta?

(Pouca qualidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita qualidade)

gggg) Quanto ao retorno dos achados da interconsulta à equipe?

(Muito burocrático) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativo)

hhhh) Quanto à interação positiva do especialista no contato com a equipe de referência do paciente?

(Nenhuma interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

iiii) Responda agora às mesmas perguntas, só que de forma particularizada para sua interação com cada especialidade:

Especialidad e	Questão 74	Questão 75	Questão 76	Questão 77	Questão 78	Questão 79

rrrr) A unidade realiza atividades de educação em saúde, de forma a facilitar que os pacientes e seus familiares se integrem em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

ssss) Qual o referencial teórico, objetivos e métodos destas atividades. Descrever livremente.

tttt) A unidade realiza atividades de educação dos pacientes e seus familiares para auto-cuidado (manipulação de sondas e cateteres, cuidados com as feridas e troca de curativos, tomada adequada de medicamentos, outras)?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

uuuu) A Equipe de Referência realiza orientações sobre estilo de vida?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

vvvv) A Equipe de Referência realiza atividades em grupos de educação em saúde?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

wwww) Como a equipe avalia a adesão dos pacientes ao acompanhamento regular de seus problemas de saúde com a equipe?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

xxxx) A Equipe de Referência avalia se os pacientes tem condições adequadas de auto-cuidado (autonomia)?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

yyyy) A Equipe de Referência estimula que os pacientes consigam condições adequadas de auto-cuidado (autonomia)?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

zzzz) A Equipe de Referência realiza avaliação se os pacientes possuem rede social de apoio que atenda suas necessidades de maneira adequada?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

aaaa) A Equipe de Referência estimula a formação de rede social de apoio aos pacientes?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

bbbb) A Equipe de Referência avalia se os pacientes possuem vínculos familiares próximos?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

cccc) A Equipe de Referência avalia se os pacientes moram com familiares?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

dddd) Descreva as ações de promoção à saúde que a Equipe de Referência executa:

ATIVIDADE	OBJETIVO	MODO / COMO	IMPACTO

ATIVIDADE	OBJETIVO	MODO / COMO	IMPACTO

Projeto ou Plano de Trabalho / Informações em Saúde

eeee) A equipe possui um Projeto ou Plano de Trabalho, com objetivos, metas e indicadores avaliados?

(Não) 0 (Sim) 1

ffff) A equipe dispõe de dados confiáveis de gestão de seu trabalho e dados epidemiológicos de sua população adscrita (dados do cadastro, demografia, taxa de nascimento, taxa de mortalidade infantil, nas demais faixas etárias e por causa, dados de internação, morbidade referida, outros estudos de morbidade, cobertura vacinal na rotina e em campanhas, incidência de agravos de notificação compulsória, necessidade de utilização de exames, procedimentos realizados, cirurgias, partos etc.)?

(Não) 0 (Sim) 1

gggg) A ESF usa os formulários específicos de registro e produção?

(Não utilizados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito utilizados)

Capacitações dos profissionais da Equipe

hhhh) Em relação à realização de capacitações dos profissionais da Equipe?

(Não realizados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizados)

iiii) Que instrumentos de capacitação estão disponíveis para as equipes de referência? Descrever livremente.

jjjj) A Equipe realiza discussão sobre o que é objeto de investimento (que dá prazer no trabalho) para cada profissional e aquelas tarefas que são mais penosas de realizar?

(Não realizadas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizadas)

kkkk) Como a Equipe lida com esta questão? Descrever livremente.

Avaliação de custos

- lllll) Quanto aos custos de manutenção mensal da equipe e da unidade de saúde, que nível de relevância e cuidado é dado pela equipe a este aspecto?
 (Nenhuma relevância) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita relevância)
- mmmmm) A equipe realiza controle de sua planilha de custos, distribuídos pelos diversos itens (recursos humanos, medicamentos, insumos, exames laboratoriais e de imagem, desgaste de equipamentos, tarifas de telefone, luz, outros) mensalmente?
 (Nenhum controle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito controle)
- nnnnn) Existe pactuação entre a unidade e a gestão do Distrito Sanitário ou da Secretaria Municipal de Saúde de teto financeiro para a Unidade?
 (Não) 0 (Sim) 1
- ooooo) Existe pactuação de teto financeiro para a Equipe, feita entre a equipe e a gestão do Centro de Saúde?
 (Não) 0 (Sim) 1
- ppppp) Em caso positivo, a equipe tem conseguido se manter dentro do teto financeiro pactuado?
 (Nenhum êxito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito êxito)

Gestão Colegiada

- qqqqq) Existe espaço democrático de decisão na Equipe?
 (Nenhum espaço) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito espaço)
- rrrrr) Como é constituído este espaço? (redigir livremente)

- sssss) A Equipe realiza reuniões para discussão de seus processos de trabalho, resolver problemas das relações cotidianas no dia-a-dia, e estabelecer formas melhores de trabalhar e conviver?
 (Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
- ttttt) Todos os componentes da equipe possuem oportunidades iguais de estabelecer pontos de pautas para estas reuniões?
 (Não possuem) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita oportunidade)
- uuuuu) Existe instância de gestão colegiada na unidade (Colegiado Gestor da Unidade)?
 (Não) 0 (Sim) 1
- Se a resposta anterior for negativa, não responder às próximas perguntas.
- vvvvv) Descrever como são definidas as vagas para assento no Colegiado Gestor da Unidade. (redigir livremente)

wwwww) Qual a frequência de reuniões deste colegiado?

Frequência inferior a mensal 1

Mensal2

Quinzenal3

Semanal4

xxxxx) Todos os participantes do Colegiado Gestor da Unidade têm possibilidade de interferir na definição da pauta das reuniões deste colegiado?

(Nenhuma possibilidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita possibilidade)

yyyyy) O Colegiado Gestor da Unidade possui um núcleo ou secretaria executiva responsável por tocar a gerência da unidade e dividir com o Gerente da unidade a responsabilidade gerencial?

(Não) 0 (Sim) 1

Condições de infra-estrutura

zzzzz) Em relação à unidade possuir condições mínimas necessárias para respeito à privacidade dos pacientes?

(Nenhuma privacidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita privacidade)

aaaaa) Em relação às condições de lavagem das mãos pela equipe (pias, sabão e toalheiros com papel-toalha)?

(Inadequadas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Adequadas)

bbbbb) Em relação à disponibilidade de almotolias de álcool glicerinado para antissepsia das mãos pela equipe?

(Não disponíveis) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito disponíveis)

ccccc) Em relação à adequação da área física do Centro de Saúde?

(Não adequada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)

ddddd) Em relação à adequação das condições de limpeza da unidade?

(Não adequada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)

eeeee) A unidade conta com recursos para possibilitar atendimento em inaloterapia e oxigenioterapia?

(Não) 0 (Sim) 1

fffff) A unidade conta com recursos materiais e equipamentos básicos para manejo de emergência e parada cardio-respiratória?

(Não) 0 (Sim) 1

ggggg) A unidade conta com monitor cardíaco e cardioversor para manejo de emergência e parada cardio-respiratória?

(Não) 0 (Sim) 1

hhhhh) Os consultórios e banheiros do Centro de Saúde permitem a entrada de cadeiras de banho ou de rodas?
(Não) 0 (Sim) 1

iiiiii) Descrever os equipamentos disponíveis na Unidade para realização dos atendimentos: (Adequar para o CS).

Equipamento	Quantidade	Estado de conservação (1 a 10)	Estado de modernização (1 a 10)

Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica

Carlos Alberto Gama Pinto

Ivan Batista Coelho

Existem inúmeras formas de se organizar o trabalho de uma equipe de saúde na atenção básica que propiciam uma boa abordagem dos problemas de saúde da população vinculada. A organização do trabalho da equipe deve levar em conta os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os costumes locais, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. Assim, uma boa agenda de trabalho é aquela que permite enfrentar os problemas de saúde da população, que satisfaça os usuários, mas que também faça com que a equipe se sinta confortável e se reconheça no seu trabalho. Afinal, se o trabalho das equipes tem a finalidade de produzir mais saúde para a população, necessitando por este motivo ter eficácia e efetividade, possui, também, a finalidade de proporcionar condições de trabalho adequadas aos trabalhadores.

Há relativo consenso, hoje em dia, de que as definições e os determinantes de saúde e doença possuem forte componente subjetivo e social. Isto configura um novo paradigma para a saúde (CAMPOS, 2006). A consequência é que este deslocamento recente do eixo da atenção às doenças para o eixo da produção da saúde aumenta a influência e participação dos trabalhadores da saúde sobre o campo da vida em geral e traz profundas modificações em seus processos de trabalho. O que os usuários esperam dos trabalhadores em saúde se modificou substantivamente nos últimos anos. Se em períodos anteriores a sociedade esperava dos trabalhadores da saúde apenas que tratassem de suas doenças estabelecidas, hoje este quadro já é outro. Os serviços de saúde são procurados pelos mais diferentes motivos, desde a busca pelo tratamento das doenças já instaladas, até para obtenção de orientações e meios sobre como preveni-las, como adquirir hábitos e modo de vida mais saudáveis ou apoio para se livrar dos que fazem mal à saúde, além de uma vasta gama de problemas caracterizados como sociais que,

hipoteticamente, deveriam ter solução em outras áreas, mas que se manifestam no sistema de saúde (WHO, 2006).

Assim, há consenso sobre a necessidade de reorganização do trabalho em saúde. Porém, do ponto de vista dos gestores (da racionalidade gerencial hegemônica), tem predominado as sugestões para padronizar o trabalho clínico; raramente, há soluções para que a equipe possa singularizar a atenção; incentiva-se a formulação de protocolos; acentua-se a gestão com base em resultados ou metas, o que, em resumo, pode ser considerado um conjunto de medidas para controlar de fora o trabalho em saúde. Do ponto de vista dos trabalhadores, há uma priorização da discussão a respeito da redução da jornada, da questão salarial, da segurança e do ambiente, porém, pouca ênfase tem sido dada à discussão e à reformulação do próprio trabalho e do conjunto das atividades a serem realizadas pelos trabalhadores (VIRNO, 2004).

No que tange à mecânica e à psicodinâmica do trabalho a questão é bastante complexa. Se em outros campos da atividade humana a diferença entre o trabalho prescrito pela gestão, com seus automatismos e repetições, e o trabalho efetivamente realizado pelo trabalhador é muito substantiva, no trabalho em saúde esta diferença se constitui na regra. Por mais bem estruturadas que se encontrem as rotinas de trabalho, as diretrizes clínicas ou assistenciais e as orientações da gestão, em cada ato ou ação, na interação com o usuário, o trabalhador da saúde se vê diante de um encontro singular. Aqui, os estatutos de rotinas, diretrizes e normas são bem diversos dos estatutos observados em outros campos da atividade humana. O grau de liberdade e, em contrapartida, de responsabilidade do trabalhador da saúde em relação às suas ações é, com muita frequência, maior do que em outros campos. Esta autonomia, no entanto, não é desvinculada da gestão, da organização e dos interesses dos usuários. (DEJOURS, 2004)

Ora, como se vê, o trabalho em saúde tem muitas peculiaridades. O próprio Marx o colocava em uma complexa categoria que chamava de *trabalho sem produto final* (MARX, 1985). Aqui, o objeto do trabalho não é passivo, é um outro que tem o mesmo status ontológico de quem exerce o trabalho, não é uma madeira da qual se faz cadeiras, mesas e nem um animal como as aves, bovinos e outros manipulados tanto em seus ciclos vitais quanto nos aspectos concernentes à sua saúde e doença pela zootecnia com vistas

ao seu uso pelos homens. Mesmo que a universalidade do reconhecimento da condição humana de direito à vida e dignidade sejam fatos relativamente recentes na história da humanidade (basta lembrar o tratamento dado a escravos, prisioneiros de guerra, estrangeiros, etc. em passado não muito distante), o fato é que esta situação é determinante para o trabalho em saúde. Por este motivo, processos e procedimentos que são eficazes para a produção de automóveis e eletrodomésticos (como o estabelecimento de linhas de produção) ou as técnicas de manejo e confinamento de rebanhos, aves, etc., vêm mostrando-se inúteis para a abordagem do trabalho em saúde. O estatuto de igualdade existencial entre trabalhador e usuário e a situação de não passividade e de interatividade demandam outros instrumentos tanto para analisar como para abordar o trabalho em saúde.

Hannah Arendt em sua releitura de Aristóteles vai propor uma distinção das atividades humanas em *Vita Activa* e *Vita Contemplativa* (ARENDR, 1987). A *Vita Activa* seria constituída por três tipos de atividade: o Trabalho (labor), a Obra (work) e a Ação. O **Trabalho** estaria associado à realização de necessidades biológicas mais imediatas. Aqui, o que estaria em jogo seria a sobrevivência do homem como animal. Trata-se apenas de trabalho mecânico, no mesmo sentido do trabalho que os animais realizam. Neste campo somos apenas *Animal Laborans*. O que é produzido por este tipo de atividade não tem durabilidade, pois é sempre consumido. A **Obra** diz respeito à produção de objetos que se tornam meios para produzir outros objetos. Ao produzir estes objetos, inclusive os objetos de arte, o homem produz o seu entorno e, assim, o seu próprio mundo. Aqui o principal domínio é o da técnica, do saber-como-fazer e, este saber é aplicado para produzir objetos de uso, que utilizamos para produzir as mais diversas coisas para nosso uso. O terceiro tipo de atividade é o que chamou de **Ação**. Esta pressupõe não um homem, no singular, mas homens, daí esta categoria estar relacionada com a pluralidade e o espaço público. Aqui os homens não decidem isoladamente o que e como fazer algo. É do seu diálogo, do convencimento recíproco e muitas vezes através do embate é que são tomadas decisões que orientam o agir humano. Aqui a técnica não é suficiente. A interação entre os homens é necessária. Estamos aqui no domínio do político. Ora, aqui também é muito difícil enquadrar o trabalho em saúde. Este tem

muitos aspectos do que Hannah chamou de obra, mas parte substantiva se dá com as características do que chamou de ação.

Assim, a categoria trabalho no setor saúde é emblemática. Seu caráter ainda enigmático tem resistido e oferecido desafios a todos os estudiosos da área. Porém, há um consenso de que necessitamos modificar o trabalho em saúde. Precisamos passar do trabalho como opressão do trabalhador ao trabalho como produtor de identidade, de saúde e de realização de si mesmo. Precisamos encontrar uma forma de trabalhar que permita uma mobilização subjetiva, o desenvolvimento da engenhosidade e da cooperação. No entanto, isto não pode ser feito de fora, apenas com as imposições, prescrições ou orientações da gestão. No caso das equipes de saúde da família, isso talvez possa ser conseguido se as equipes tiverem autonomia para repensar e analisar seu próprio trabalho e, assim, definir seus modos próprios de trabalhar. Ao encontrar estes modos, certamente estes precisarão ser negociados com os usuários e também com a gestão. Autonomia não é cada um fazer o que resolve, mas, poder seguir as regras que formulamos em conjunto, regras de cuja formulação, toda a equipe pôde participar. Discutir abertamente que trabalho deve ser feito e como deve ser feito entre os membros da equipe, entre estes e os usuários e gestores, encontrando a melhor forma de interação pode possibilitar que os trabalhadores das equipes de saúde da família possam se reconhecer em seu trabalho como os artistas se reconhecem em suas obras. Aqui fica claro que não é suficiente discutir uma ergonomia do trabalho, precisamos também discutir uma estética e uma ética deste trabalho.

Uma grande dificuldade no trabalho das equipes tem sido conciliar as ações clínicas individuais com os trabalhos em grupo e com as ações coletivas de saúde. Campos⁷ chama a atenção para a importância do reconhecimento da singularidade de cada paciente na clínica. Ele ressalta que *“não há clínica sem singularidade, sem construção de referência estável ou de vínculo. Na clínica, a avaliação de risco é individual, caso a caso, ainda quando sejam considerados os elementos sociais, econômicos e culturais para se estabelecerem a vulnerabilidade e o projeto terapêutico singular”*. Ele ressalta que apesar de a clínica ser realizada no plano singular, ela *“depende de um certo conhecimento prévio sobre o risco e a doença: nesse sentido, ela suporta a existência de protocolos ou de diretrizes clínicas que orientam a atuação da*

*equipe, dando um certo grau de previsibilidade a esta prática.” Assim, o reconhecimento da singularidade de cada atendimento não exclui a necessidade de reconhecer-se também a possibilidade de generalizações que podem oferecer uma previsibilidade ao trabalho cotidiano. A solução deste aparente paradoxo entre clínica e saúde coletiva na atenção básica, seguindo ainda Campos, consistiria em “*combinar a lógica de programas de saúde, destinados a grupos de enfermos ou com maior vulnerabilidade e com certa homogeneidade suposta, com a construção de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complicados.*” (CAMPOS, 2003)*

No trabalho das equipes de saúde da família, como de resto em todo o trabalho na atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formações diferenciadas (médicos, enfermeiros, entre outros), mas depende também da interação interdisciplinar entre estas diversas formas de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe. Assim, podemos pensar que a organização do trabalho clínico nas Equipes de Saúde da Família passa por uma elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, visando à melhor utilização de seus esforços, seja no atendimento individual de um profissional a um paciente, seja no atendimento conjunto de alguns profissionais a um grupo de pacientes. Em outras palavras, a equipe precisa combinar suas atividades. Precisa se acertar sobre o que fazer, como fazer, com que frequência fazer.

Outra questão que tem afligido a maioria das equipes de saúde da família em funcionamento diz respeito às suas ofertas de ações de saúde que podem ser planejadas e distribuídas ao longo do tempo, com o reconhecimento, simultâneo, das demandas da população por uma intervenção mais imediata e pontual. Dito de outra forma, há dificuldade em conciliar as ações programadas com o que tem sido chamado, por muitos, de demanda espontânea ou pronto-atendimento. O resultado prático desta situação é que, nos extremos, algumas equipes têm se dedicado apenas a ações de pronto-atendimento (aquelas que tratam tudo como situação de emergência, o que acontece na maioria das vezes), enquanto outras têm se dedicado quase exclusivamente às ações programadas, fazendo com que seus usuários em situações agudas necessitem de recorrer a outros serviços.

Colocar ações programáticas em contraposição à atenção às urgências ou a atenção individual em contraposição à saúde coletiva, ou, dito de outra forma, o planejamento em contraposição à improvisação é um falso dilema. Mesmo porque o que é feito em um campo afeta o outro. Uma equipe que não consegue identificar homogeneidades que permitam abordar coletivamente alguns problemas estará fadada a tratar tudo no plano individual. Uma equipe que não reconheça as singularidades no sofrer de cada um, mesmo naqueles problemas que são comuns a vários usuários está fadada a tratar tudo como geléia geral. O fato é que uma equipe necessita tanto de ações coletivas como de ações individuais. Necessita reservar parte do seu tempo para o que é programado e parte para o que não havia sido programado. Precisa se haver com a complexidade da vida. Além do mais, as ações individuais refletem-se nas coletivas e vice-versa. Abordar duas centenas de hipertensos apenas com ações clínicas individuais implica em uma quantidade de trabalho, pela repetição de ações, que não é passível de ser levado a cabo pela equipe. Por seu turno, não reconhecer que, nestas duas centenas de hipertensos, a forma como cada um sofre a hipertensão e tem suas conseqüências é singular, é não saber lidar com as diferenças. Dar atenção aos pacientes em ações programadas e não atendê-los em um sofrimento agudo reduz o vínculo e a confiança do usuário na equipe de saúde. Se a equipe não pode apoiar o usuário na situação de maior necessidade, a confiança deste em relação à equipe fica reduzida. Desta forma, é necessário conciliar todas estas atividades em uma boa agenda de trabalho.

Ao se compor uma proposta de agenda de trabalho da equipe várias questões necessitam ser levadas em consideração. Entre elas vale à pena mencionar as características da população adscrita; a capacidade da equipe de realização de ações de saúde; as ações de saúde propostas pela equipe ou pelo serviço de saúde para serem implementadas junto à população adscrita, entre outras. Por seu turno, o tamanho e a composição da equipe costumam variar e isto precisa ser levado em consideração ao se compor uma agenda de trabalho. Uma equipe básica de Saúde da Família é composta de um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, um a dois auxiliares de enfermagem, um técnico e um auxiliar de consultório dentário e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe geralmente se responsabiliza por 2.400 a 4.500 pessoas de um determinado território. Em algumas situações, essas equipes são ampliadas

pela incorporação de outros profissionais, geralmente médicos (ginecologistas, pediatras ou clínicos) e mais raramente enfermeiros. Nos casos destas equipes ampliadas, a população de referência costuma ser maior que os 4.500 habitantes - máximo previsto para uma equipe básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Ora, parece evidente que as possibilidades de se pensar uma formulação de agenda da equipe dependem, de forma importante, da composição da equipe e do tamanho da população adscrita. Quanto maior a população de sua responsabilidade, maior é a necessidade de procedimentos individuais e coletivos que a equipe tem que realizar. Por outro lado, equipes ampliadas possuem mais profissionais, o que permite uma divisão diferente do trabalho. No entanto, outros fatores, nem tão evidentes assim, interferem nas possibilidades de agenda das equipes. Para isso, tão importante quanto o tamanho da população, são suas características de distribuição por sexo e faixa etária: quantas crianças menores de um ano, quantos adolescentes, quantas mulheres em idade fértil, quantas gestantes, quantas necessitam exames de prevenção, quantos idosos, etc. Além disso, outra variável importante em nossa realidade diz respeito ao percentual de dependência do SUS na população adscrita, o que vai impactar diretamente na necessidade de procedimentos.

As características individuais, como o tipo de formação e a capacidade de trabalho de cada membro da equipe também necessitam ser levadas em consideração. O médico generalista e o enfermeiro estão habilitados a realizar procedimentos como exame ginecológico e coleta de material para exame de prevenção do câncer de colo de útero, consultas de puericultura e de pré-natal? O volume destes procedimentos pode ser dividido entre estes profissionais, de forma a não sobrecarregar a agenda de apenas um deles? Aqui fica claro que não apenas a formação e capacidades individuais de cada membro da equipe são importantes, mas também sua interação. Como essas capacidades de cada membro se interagem? São complementares? São similares? Potencializam-se? Repetem-se?

A relação de ações de saúde propostas pela equipe ou pelo serviço de saúde para serem implementadas junto à população adscrita também é fator fundamental. A definição dos objetivos e dos meios de intervenção da equipe define de maneira importante a formulação de sua agenda. Muitas ações de saúde são incorporadas na

equipe sem uma avaliação mais aprofundada de seu impacto sobre a saúde da população e, menos ainda, sobre o impacto na geração de procedimentos e ocupação de espaço na agenda da equipe. Por exemplo, ao se definir a necessidade do número de consultas anuais (ou do intervalo entre as consultas) para uma determinada população (diabéticos dependentes ou não da insulina, hipertensos leves ou moderados, gestantes, mulheres em planejamento familiar ou climatério, prevenção do câncer de colo do útero ou mama, etc), está se definindo também a necessidade de consultas que a equipe deve ser capaz de executar para dar conta de algumas ações planejadas, e que competem com a sua disponibilidade para ações de atenção à demanda espontânea da população. Esta é uma questão séria e que deve ser levada em conta pela equipe. Nossas políticas foram formuladas de forma fragmentada e implementadas como se fizessem parte de um programa coerente. Mas como são elaboradas por grupos distintos (geralmente especialistas numa determinada área), suas recomendações muitas vezes são contraditórias e recomendam procedimentos em excesso, pois não se preocupam com o fato de que várias outras demandas vão ocupar a equipe. A equipe deve possuir capacidade crítica frente às determinações externas de protocolos e diretrizes. (BRASIL, 2006)

Assim, são muitas as questões que uma equipe deve levar em consideração ao elaborar uma proposta conjunta de agenda, que leve em consideração a agenda de todos os membros de forma a se complementarem, potencializando a capacidade da equipe de produzir saúde. A seguir faremos um exercício de composição de agenda dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família em torno das principais ações de saúde que já estão estruturadas em programas. Este tipo de composição de agenda também pode ser feito para ajudar outros profissionais a organizar o seu trabalho. O exemplo, no entanto, tem o intuito de mostrar que as agendas dos profissionais não devem ser pensadas isoladamente, mas sim, em conjunto. Para esta simulação de agenda conjunta de médico e enfermeira considerou-se que cada Equipe de Saúde da Família trabalha com uma população adscrita e que foi realizado um cadastro pelos agentes comunitários de saúde. Assim, a população que deve ser adscrita a uma equipe é aquela das microáreas de seus ACS. Neste exercício, usamos os dados do Cadastro do Programa BH VIDA (Saúde da Família em Belo Horizonte), utilizando a

distribuição demográfica média das 2650 micro-áreas cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (PROGRAMA BH VIDA, 2000). Obviamente, cada equipe deve fazer este exercício com os dados referentes à sua população. No entanto, para a finalidade da demonstração da importância de organização da agenda, temos que realizar alguma abstração. Aqui, tomou-se que a população de cada microárea tem a seguinte distribuição demográfica:

Distribuição demográfica média de cada microárea

Faixa etária	<i>Microárea</i>		
	Masculino	Feminino	Total
< de 1	6	5	11
1 a 4	21	20	41
5 a 6	11	11	22
7 a 9	15	15	30
10 a 14	26	27	53
15 a 19	30	31	61
20 a 39	97	105	202
40 a 49	34	39	73
50 a 59	20	25	45
60 ou +	20	30	50
Total	280	308	588

Fonte: Cadastro BH VIDA

Considerando que a população esperada de uma Equipe de Saúde da Família básica possa ser representada pelo correspondente a cinco vezes a média das populações de cada micro área (pois, geralmente, a ESF tem de quatro a seis ACS), podemos imaginar a população vinculada a cada equipe como possuindo a seguinte distribuição demográfica esperada:

Distribuição demográfica esperada de cada equipe

Faixa etária	<i>Equipe</i>		
	Masculino	Feminino	Total
< de 1	30	25	55
1 a 4	105	100	205
5 a 6	55	55	110
7 a 9	75	75	150
10 a 14	130	135	265
15 a 19	150	155	305
20 a 39	485	525	1010
40 a 49	170	195	365
50 a 59	100	125	225
60 ou +	100	150	250
Total	1400	1540	2940

Fonte: Cadastro BH VIDA

Estes dados podem não corresponder exatamente aos dados da população vinculada à sua equipe, pois eles representam dados médios. Depois de ler este texto você pode substituir os dados aqui apresentados pelos dados reais de sua população e fazer um exercício maior de aproximação da realidade de sua equipe.

Por enquanto, vamos prosseguir no exercício com os dados esperados de população.

Considerando a proposição de uma determinada ação de saúde (por exemplo: consulta médica de controle de hipertensão na população adulta; ou exame de prevenção do câncer de colo do útero na população feminina acima de 15 ou de 20 anos de idade), você pode depreender quantos procedimentos sua equipe tem que fazer por ano, por mês, por semana ou por dia, dependendo da formatação de sua agenda.

Todos os cálculos feitos neste exercício vão considerar que as atividades de sua equipe devem ser realizadas em 11 dos 12 meses do ano, em 46 das 52 semanas do ano, levando-se em consideração que cada profissional da equipe terá um mês de férias. Além disso, no cálculo do número de procedimentos diários, será considerado o número de 16 dias úteis, de forma a deixar ampla margem de folga para feriados e reserva de dias para reuniões de equipe, visitas domiciliares, etc.

Exemplo na Saúde da Mulher

Vejamos: Quanto às principais ações programadas de Saúde da Mulher, temos as ações de prevenção do Ca de colo do útero e da mama, as ações de pré-natal, as ações de planejamento familiar e as do climatério.

Considerando a realização de exames de prevenção de Ca de colo do útero de toda a população feminina com 15 anos de idade ou mais, com periodicidade de três anos para um novo exame, você pode depreender quantos exames de prevenção sua equipe tem que fazer por ano, por mês, por semana ou por dia, dependendo da formatação de sua agenda.

Desta forma, para dar cobertura de prevenção do Ca de colo do útero às 1150 mulheres com 15 anos de idade ou mais ligadas a sua equipe, você pode se programar para realizar 35 exames de prevenção de câncer do colo mensalmente, estipulando uma formatação de agenda que pode ser quinzenal (fazendo cerca de 18 exames) ou semanal (realizando próximo de nove exames).

Uma boa estratégia é identificar as mulheres que estão há mais tempo sem exame e começar agendando estas mulheres. Por exemplo, das 1150 mulheres com 15 anos de idade ou mais ligadas à sua equipe, cerca de 150 delas não fazem exame de prevenção do Ca de colo do útero há mais de 10 anos ou nunca fizeram este exame. Marcando 35 delas ao mês, nos primeiros meses, em cinco meses você elimina esta condição na sua população. Depois você vai progredindo: cerca de 350 delas fizeram o último exame de prevenção há entre cinco anos e 10 anos. Nos próximos 10 meses, você realizará o exame de todas elas. Neste momento, você já conseguiu que toda a população feminina ligada a sua equipe esteja com um exame de prevenção há pelo menos cinco anos. Este é o parâmetro desejado estipulado pelas autoridades sanitárias na Suíça e na Finlândia. Nos próximos meses você poderá fazer o exame daquelas mulheres que estão sem fazer o exame há entre três e cinco anos, de forma a atender o parâmetro estipulado pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Só que tem uma coisa, não dá pra fazer isso sem conversar com as mulheres ligadas a sua equipe. Vocês têm que combinar direitinho o que vocês estão pretendendo fazer, por que estão pensando em fazer desta maneira, identificar as pessoas que estão em condição de maior risco de adoecer. O intervalo de tempo desde o último exame é a condição principal que será utilizada no geral, mas pode haver outras condições que façam que o exame seja priorizado em algumas mulheres, como resultado de exame anterior alterado, necessitando de controle mais freqüente, idade e risco de exposição ao HPV (mulheres mais idosas antes, as mais novas depois; as de maior exposição ao HPV antes, as de menor risco depois).

Ao se fazer os exames de prevenção do Ca de colo do útero, as outras ações de Saúde da Mulher podem ser feitas concomitantemente. Vejamos: todas as mulheres desde a menarca até a menopausa estarão sendo seguidas ou pelo Planejamento Familiar (se não estiverem grávidas) ou pelo Pré-natal. Após a menopausa, todas as mulheres estarão sendo seguidas pelo Climatério.

Uma boa idéia é que tanto o Protocolo de Planejamento Familiar quanto o de Climatério preconizem uma consulta a cada três anos, ou seja, sua equipe terá que se preparar para se encontrar e realizar uma consulta programada a cada três anos de todas

as mulheres após a menarca, momento no qual será realizada a prevenção do câncer de colo do útero, além da consulta de Planejamento Familiar ou de Climatério, dependendo da faixa etária da mulher.

Agora, se a equipe estipular como meta a realização de uma consulta anual, para seguimento e orientações de Planejamento Familiar ou Climatério, considerando a população esperada de 1150 mulheres com 15 anos ou mais de idade, sua equipe tem que se encontrar com cerca de 25 mulheres por semana, para em 46 semanas (o ano tem 52 semanas) conseguir se reunir com todas elas. Faça os cálculos com os dados reais de sua população: o que você encontrou?

Neste caso, estes encontros podem ser realizados em grupos, de onde se seleciona aquelas mulheres que tenham necessidade de consulta individual. Como nem todas as mulheres passariam por consulta individual de Planejamento Familiar ou Climatério todos os anos, no momento da sua consulta individual para Prevenção do câncer de colo do útero (a cada três anos), se aproveitaria para oferecer o atendimento individual completo a esta mulher.

Cerca de 3% das mulheres se engravidam a cada ano. Desta forma, sua equipe vai seguir aproximadamente 46 gestantes a cada ano. Considerando o Protocolo de Pré-natal que preconiza seis consultas, sua equipe terá que realizar cerca de 277 consultas de pré-natal por ano, ou cerca de seis consultas semanais. Existem ações da consulta que podem ser feitas em grupo, mas todas as gestantes devem receber atendimento individual.

Com base nessas ações previstas até agora, podemos imaginar a seguinte situação: a programação de sua equipe na tarde estipulada para realizar as ações de Saúde da Mulher deve ser organizada de forma a conseguir cumprir:

1. Consultas pré-natais de cerca de seis mulheres semanalmente;
2. Realização de exames de prevenção do Ca de colo uterino: cerca de oito semanais ou 16 a cada duas semanas ou 35 ao mês, onde deve ser abordada integralmente a saúde da mulher, incluindo a abordagem de planejamento familiar ou climatério, dependendo da faixa etária da mulher;
3. Opcionalmente, uma reunião com cerca de 25 mulheres/semana, onde se realiza uma consulta coletiva de planejamento familiar ou de climatério (alternadas

semanalmente, ou uma semana no mês para climatério e três para planejamento familiar, de acordo com os dados de sua população).

Necessidades de procedimentos de Saúde da Mulher de acordo com parâmetros

<i>Ações na equipe</i>	<i>Parâmetro</i>	<i>População</i>	<i>Meta</i>	<i>Pessoas</i>	<i>no</i>	<i>ês</i>	<i>eman</i>	<i>ia</i>
Prevenção	Cad a 3 anos	Fem (15 ou +)	00%	150	83	5		
Climatério	Cad a 3 anos	Fem (40 ou +)	00%	70	57	4		
Planejamento familiar	Cad a 3 anos	Fem (15 a 40)	00%	80	27	1		
Pré-natal	6 cons.	Fem	%	6	77	5		
Climatério	Anual	Fem (40 ou +)	00%	70	70	3	0	
Planejamento familiar	Anual	Fem (15 a 40)	00%	80	80	2	4	

Desta forma, estas atividades devem ser distribuídas entre os membros da equipe. Nos quadros abaixo, apresentamos alguns exemplos possíveis de distribuição das atividades. Provavelmente, a melhor opção é realizar um rodízio de diferentes formatações de programação de atividades, permitindo em algumas semanas privilegiar a atuação médica de consulta individual, noutras a atividade de consultas pré-natal. Da mesma forma, por vezes privilegiando a atuação de enfermagem na consulta em grupo de planejamento familiar ou climatério, noutras vezes a atividade de coleta de exames de prevenção. A equipe poderá também verificar a formatação que permite melhor desempenho de suas funções ou perceber alternativas que aperfeiçoem seu desempenho. Nas equipes ampliadas, que contem com médico ginecologista, ele pode assumir grande parte destas ações, nos dias em que estiver disponível para esta equipe. Nas equipes

básicas, que não contam com ginecologistas, talvez seja mais fácil separar um dia da semana (uma tarde) para realizar a maioria das ações programadas de Saúde da Mulher, o que pode facilitar inclusive a melhor utilização do espaço físico e dos recursos do Centro de Saúde por várias equipes. De qualquer forma, mesmo nestes casos, o atendimento das mulheres que precisem de consulta ginecológica para ações não programadas deve ser ofertado todos os dias, independente da equipe concentrar seus atendimentos ginecológicos programados em um determinado dia da semana.

Deve-se tentar na medida do possível contemplar que numa única ida ao Centro de Saúde a paciente possa ser atendida na consulta de planejamento familiar ou climatério e já realize o exame de prevenção. O mesmo deve ser feito com as gestantes, que devem ter seu exame de prevenção realizado, na hipótese de haver mais de três anos do último exame.

Exemplo 1 de programação de atividades de Saúde da Mulher

	Médico	Enfermeiro
14 às 15 horas	Pré-natal	Reunião de Plan.Fam./Clim.
15 às 16 horas		Exames de prevenção
16 às 17 horas		
17 às 18 horas	Consultas individuais	Consultas individuais

Exemplo 2 de programação de atividades de Saúde da Mulher

	Médico	Enfermeiro
14 às 15 horas	Reunião de Plan.Fam./Clim.	Pré-natal
15 às 16 horas	Consultas individuais	

16 às 17 horas		
17 às 18 horas	Exames de prevenção	Exames de prevenção

Exemplo na Saúde da Criança

Vejamos: Quanto às principais ações programadas de Saúde da Criança, temos as ações de puericultura da criança a termo e do prematuro e os programas “Criança que chia” e “de recuperação nutricional dos desnutridos”.

Considerando-se a realização, no primeiro ano de vida, de seis consultas de puericultura nas crianças a termo e de 12 consultas nos prematuros, e considerando-se o número médio de 56 crianças menores de um ano por equipe, serão necessárias cerca de 33 consultas mensais ou sete consultas semanais de puericultura de crianças a termo e prematuros. Estas consultas podem ser otimizadas pela utilização de momentos em grupo e pela divisão de tarefas na equipe, com os auxiliares de enfermagem podendo auxiliar na realização da medição do peso/estatura, temperatura e outros procedimentos. A equipe pode tirar uma tarde no mês para realizar este atendimento.

Considerando-se um percentual de 10% das crianças menores de nove anos apresentando problemas de chieira e considerando-se a necessidade média de três consultas anuais por criança que chia, cada equipe deve acompanhar cerca de 50 crianças com problemas respiratórios, necessitando atender cerca de 14 crianças por mês para garantir seu acompanhamento quadrimestral. A equipe pode tirar parte de uma tarde no mês para realizar este atendimento.

Considerando a prevalência estimada de 20% de desnutrição ou obesidade na população abaixo de quatro anos de idade, cada equipe deverá acompanhar aproximadamente 52 crianças desnutridas ou obesas. Realizando seis consultas anuais (ou uma consulta bimestral) destas crianças, a equipe deverá agendar cerca de 28

desnutridos ou obesos por mês. A equipe pode tirar parte de 1 tarde no mês para realizar este atendimento.

Exemplo 1 de programação de atividades de Saúde da Criança

	Médico	Enfermeiro
14 às 14:30 horas	Grupo de puericultura	Grupo de puericultura (16) quinzenal
14:30 às 16 horas	Consultas individuais de puericultura	
16 às 16:30 horas	Grupo de desnutridos ou obesos (alternar)	Grupo de desnutridos ou obesos quinzenal
16:30 às 18 horas	Consultas individuais de desnutridos ou obesos (alternar)	

Exemplo 2 de programação de atividades de Saúde da Criança

	Médico	Enfermeiro
14 às 14:30 horas	Grupo de “Criança que chia”	Grupo de “Criança que chia” (14) (mensal)
14:30 às 18 horas	Consultas individuais de “Crianças que cham” e prematuros	Grupo de adolescentes ou atividades nas escolas, creches ou visitas domiciliares

Desta forma, estes programas ocupam o equivalente a três tardes mensais da equipe. O restante do tempo da equipe nestes dias (ou uma tarde no mês ou parte das quatro tardes no mês) poderá ser utilizado para outras atividades, como atendimento programado de adolescentes, visitas a escolas para atividades de promoção da saúde ou outras atividades, principalmente voltados à atenção dos adolescentes e à formação de hábitos de vida saudáveis (sexualidade, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, violência, prática de esportes e atividades culturais). Pode também ser destinada parte deste tempo, ou parte deste tempo de um ou mais profissionais da equipe, às ações de Saúde da Mulher

ou do Adulto, caso o cumprimento da programação destas atividades esteja comprometido.

Necessidades de procedimentos de Saúde da Criança de acordo com parâmetros

<i>Ações na equipe</i>	<i>Parâmetro</i>	<i>População</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicadores</i>	<i>no</i>	<i>ês</i>	<i>eman</i>	<i>ia</i>
Puericultura	6 cons.	< de 1 ano	100%	50	97	7		
Neonuro	12 cons.	< de 1 ano	100%	6	6			
"Que Chia"	3 cons.	< de 9 anos	100%	52	56	4		
Desnutrido ou obeso	6 cons.	< de 4 anos	100%	52	12	8		

Exemplo na Saúde do Adulto

Vejamos: Quanto às principais ações programadas de Saúde do Adulto, temos as ações dos programas de hipertensão, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase.

Considerando a prevalência de hipertensão de 15% da população de 20 anos ou mais de idade, é esperado que cada equipe tenha cerca de 280 hipertensos. Desejando-se um controle quadrimestral destes pacientes, sua equipe tem que agendar aproximadamente 76 pacientes ao mês, o que pode ser conseguido com um grupo quinzenal de 38 pacientes ou um grupo semanal de 18 pacientes. É importante entender o que estamos dizendo aqui: não é para formar um grupo que vai se reunir quinzenal ou semanalmente com os mesmos hipertensos, mas sim de um grupo que se reúne a cada vez com pacientes diferentes, que retornam a cada quatro meses, para outra reunião de grupo, onde se seleciona aqueles que necessitam de consultas individuais, seja por que o

controle ainda não foi atingido ou há alguma sintomatologia intercorrente. A troca de receitas por novas, nos pacientes controlados e que tenham consulta individual recente, pode ser feita no grupo, sem necessitar consultas individuais.

O mesmo pode ser pensado para os pacientes diabéticos. Considerando-se uma prevalência de 10% da população de 20 anos ou mais de idade, cada equipe deve acompanhar aproximadamente 185 pacientes diabéticos. O acompanhamento quadrimestral gera a necessidade de agendar cerca de 50 pacientes ao mês ou 12 semanais.

Deve-se tentar, na medida do possível, contemplar que numa única ida ao Centro de Saúde o paciente possa ser atendido no controle de sua hipertensão e seu diabetes, quando ele tiver as duas patologias e já realize os exames necessários.

O controle dos pacientes com tuberculose e hanseníase não deve gerar um número muito grande de procedimentos. Mesmo considerando-se uma prevalência anormalmente elevada das duas doenças na população de sua equipe, dificilmente você terá que acompanhar mais de 15 pacientes com tuberculose ao ano. No caso da hanseníase, o acompanhamento de um paciente anual por equipe é esperado, quando muito. Você pode agendar estes pacientes de forma a ocupar parte de uma tarde no mês.

Um controle que pode ser acrescentado aos atualmente propostos é o de pacientes adultos com doenças respiratórias. Estimando-se uma prevalência de 10% da população com 40 anos ou mais de idade, e considerando-se a necessidade de duas consultas anuais, a equipe teria que agendar cerca de 15 pacientes ao mês para discutir e avaliar sua condição, com especial ênfase nos hábitos de vida, principalmente no que diz respeito ao abandono do tabagismo e às atividades físicas regulares. A equipe pode tirar parte de uma tarde ao mês para esta atividade.

Exemplo 1 de programação de atividades de Saúde do Adulto

	Médico	Enfermeiro
14 às 14:30 horas	Grupo de hipertensos	Grupo de hipertensos (36) quinzenal

14:30 às 16 horas	Consultas individuais de hipertensos	
16 às 16:30 horas	Grupo de diabéticos	Grupo de diabéticos (24) quinzenal
16:30 às 18 horas	Consultas individuais de diabéticos	

Exemplo 2 de programação de atividades de Saúde do Adulto

	Médico	Enfermeiro
14 às 15 horas	Grupo de hipertensos e diabéticos	Grupo de hipertensos (18) e diabéticos (12) (semanal)
15 às 17 horas	Consultas individuais de hipertensos e diabéticos	
17 às 18 horas	Reunião da equipe para discutir planos terapêuticos	Reunião da equipe para discutir planos Terapêuticos

Necessidades de procedimentos de Saúde do Adulto de acordo com parâmetros

Ações na equipe	<i>Parâmetro</i>	<i>População</i>	<i>Metas</i>	<i>Essências</i>	<i>Exatidão</i>	<i>Ênfase</i>	<i>Semanais</i>	<i>Séries</i>
Hipertenso	3 cons.	20 ou +	1 5%	78	8	33	6	1 8
Diabético	3 cons.	20 ou +	1 0%	85	5	55	0	1 2
Tuberculos	7 cons.	Tod os	0, 50%	5	1	03		2
Hanseníás	12 cons.	Tod os	3 / 10.000		1	1		0
Doença respiratória	2 cons.	40 ou +	1 0%	4	1	68	5	4

O exemplo acima não teve o intuito de esgotar possibilidades de composição de agenda. Mas apenas de evidenciar que é possível compor uma agenda de forma que a equipe seja capaz de dar conta da maior parte das ações programadas de forma organizada e alcançando a cobertura de toda a população-alvo na área de responsabilidade da equipe, ocupando apenas metade do tempo de trabalho da equipe, para que ela possa oferecer um grande momento de porta aberta para as demandas mais agudas e espontâneas da população. Obviamente esta composição da agenda se tornaria ainda mais complexa, se, além das atividades programadas, se incorporasse o trabalho de outros profissionais e também de outras ações como as de promoção da saúde (atividade física, nutrição saudável, violência, outras atividades comunitárias trabalhadas pela equipe, etc.), sem falar ainda nas ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. As reuniões de equipe, semanais ou com outra periodicidade, onde as equipes possam discutir seus problemas, a melhor forma de executar suas atividades e também a discussão de casos clínicos mais complexos, seja pela situação social dos usuários, seja pela complexidade clínica do problema, são também pontos fundamentais a ser levados em consideração na composição da agenda.

A equipe deve tomar cuidado, no entanto, para não entender essa proposição de exercício de organização da agenda como uma proposição de normalizar e normatizar toda a vida da equipe. Por isso mesmo, pensamos na organização de algumas das demandas que mais afligem as equipes de Saúde da Família. Não é nossa intenção padronizar o dia dos profissionais de saúde. E eles devem estar muito atentos para não serem capturados por nenhuma iniciativa desse tipo. As necessidades das pessoas e das famílias da área de abrangência de cada equipe de Saúde da Família são muito mais variadas e mais diferenciadas do que aquelas sobre as quais estamos conversando aqui. Não vale a pena tentar fazer previsões de tudo o que pode ser necessário prover na equipe de saúde da família, no momento de pensar sua agenda. O que é ocasional continuará sendo ocasional. O que é imprevisto continuará sendo imprevisto. As demandas espontâneas da população continuarão sendo espontâneas. No entanto, ao organizar uma parte do seu tempo para atenção a patologias que possuem grande prevalência na população, de acordo com o que a equipe já combinou que deve fazer, que se comprometeu a dar conta de fazer, a possibilidade de a equipe dispor de tempo para as

demandas espontâneas, para o atendimento dos demais problemas de saúde, de menor prevalência, e para os imprevistos aumenta. Por isso, nossa preocupação de que estas ações programadas ocupassem no máximo a metade do tempo de trabalho das equipes de saúde da família. No restante do tempo, os médicos e enfermeiros da equipe poderão tanto atender a demanda, como fazer as ações de saúde coletiva, reuniões de equipe, visitas domiciliares, etc. É importante chamar a atenção para o fato de que esta forma de organização também proporciona verificar a possibilidade da equipe se organizar para oferecer os cuidados que ela se comprometeu a ofertar à população, de forma efetiva, pois de outra forma, os protocolos combinados na equipe não são realizados efetivamente, ou só são ofertados para uma pequena parcela da população, que por algum motivo estabeleceu vínculo com a equipe de saúde. A abordagem de cobertura dos programas apenas às populações de risco não é adequada, posto que as intervenções em pauta devem se estender a toda a população para ter eficiência (como no caso das vacinas, que para terem eficiência devem ter alta cobertura vacinal, também os programas de prevenção do câncer do colo do útero, controle de diabetes e hipertensão, etc. devem ter ampla cobertura se quiserem impactar os indicadores de saúde e prevenir os agravos decorrentes destas patologias).

A agenda precisa ser revista periodicamente de acordo com o estágio em que se encontra a equipe e a população por ela assistida. Mesmo porque algumas estratégias se esgotam. A título de exemplo, a de grupos operativos compostos por problemas de saúde, como feito acima, tem várias limitações. Agrupar pessoas por serem hipertensas ao invés de agrupá-las por terem afinidades ou objetivos comuns na vida, pode funcionar muito bem enquanto se provê informações sobre a doença e o que as pessoas devem fazer para controlá-la, mas dificilmente tem longa duração. Com frequência os grupos operativos de atividades esportivas, lúdicas, de discussão podem ter uma maior adesão dos usuários, etc. Além do mais, a capacidade da equipe em trabalhar com grupos influencia significativamente o sucesso ou insucesso destes como estratégia.

Uma agenda que dá certo em um lugar pode não funcionar em outro. Em muitas situações, duas equipes trabalhando uma ao lado da outra e utilizando o mesmo formato de agenda tem resultados distintos, às vezes contraditórios. Isto provavelmente se dá porque não existe nenhuma agenda que é boa por si mesma. Depende de uma

multiplicidade de fatores. Da dinâmica e características da própria equipe; das habilidades de seus membros de forma individual e, sobretudo, em interação; da população assistida, etc. A questão crucial, como foi dito acima, é que a equipe trate a agenda que vier a formular como uma proposta. Como uma oferta que deverá ser negociada e pactuada com os usuários e a gestão. É importante que este processo seja feito. Que comunidade e gestão possam debatê-la, que as sugestões ou propostas sejam analisadas para que se produza um consenso, ou mesmo para tratar os dissensos e as incompletudes de uma agenda face aos desejos e necessidades da comunidade e da gestão. Desta forma, deixa de ser uma agenda da equipe, passando também a ser uma agenda da comunidade e da gestão, o que lhe confere maior legitimidade.

Um aspecto importante que ONOCKO CAMPOS nos chama a atenção é quanto ao risco de sendo críticos com uma leitura tecnicista da saúde, descartarmos a clínica e sua qualidade técnica, posto que a definição de quais meios técnicos um trabalhador possui ou não, na sua prática, seja fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto no grau de resistência e tolerância que este trabalhador terá para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Uma das questões que precisa ser trabalhada nas equipes é a do adequado suporte de capacitação e apoio para que elas se tornem mais resolutivas. Pouco se tem trabalhado com as equipes para que os encontros entre profissionais das equipes e usuários (encontros individuais ou em grupos) possuam a capacidade de interferir de alguma forma na vida dos pacientes, melhorando seu estado de saúde. A deficiência deste “conteúdo”, deste “recheio”, desse “saber e ser-capaz-de-fazer” (GADAMER, 2006) aos nossos encontros profissionais-usuários se dá de diversas formas, sendo a mais comum delas a falta de oferta de alguma forma eficiente de ação devido à indisponibilidade do que ofertar pelos profissionais de saúde, tornando estes encontros (consultas individuais ou em grupo, ações curativas ou preventivas) importunos (HEIDEGGER, 2006).

As agendas dos profissionais das equipes de Saúde da Família estão lotadas de procedimentos pouco efetivos, realizados sem o questionamento de sua utilidade (para que?) ou efetividade. Quanto mais suas agendas ficam ocupadas, e quanto mais se cobram procedimentos dos profissionais das equipes de saúde, tanto menos eles conseguem ocupar-se adequadamente em ações que resultem em melhorias significativas

nos padrões de saúde da população sob sua responsabilidade de acompanhamento. Quanto mais seus procedimentos ficam sem conseguir alcançar resultados satisfatórios, tanto mais a necessidade de novos procedimentos se faz sentir pela população e pelos gestores. Ocorre que esta necessidade não pode ser suprida por “mais do mesmo”, ou seja, não adianta aumentarmos a oferta de procedimentos (consultas individuais ou em grupos) da forma como temos feito até então, pois apenas estamos aumentando nossa importunidade.

Assim, ao pensar a construção das agendas das Equipes de Saúde da Família, é preciso trabalhar com as equipes e com os gestores para que suas agendas sejam menos ambiciosas do ponto de vista numérico e mais auspiciosas do ponto de vista qualitativo, para que cada encontro do profissional de saúde com o usuário seja construído no sentido de apoiar o usuário no alcance de melhores condições de saúde e autonomia.

Bibliografia

Arendt, Hannah. A condição humana. São Paulo: Universitária, 1987.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Prograb: Programação de gestão por resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Campos, Gastão Wagner de Sousa . Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: Gastão Wagner de Sousa Campos. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____ Campos. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Gastão Wagner de Sousa Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Dejours, Christophe. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Selma Lancman e Laerte I. Sznelman (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

Gadamer, Hans-Georg. Teoria, técnica, prática. In: Hans-Geor Gadamer. O Caráter oculto da saúde; tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

Heidegger, Martin. A mundanidade do mundo. In: Martin Heidegger. Ser e Tempo; tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante Schuback; posfácio de Emmanuel Carneiro Leão. 2ª edição. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007.

Marx, Karl. O capital: crítica de economia política, volume I, livro primeiro. 2ª edição. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kotke. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família, 2000.

Onocko Campos, Rosana. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 573-583, 2005.

Programa BH VIDA: Cadastro do Programa. 2000. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde (mimeo).

Virno, Paolo. *A Grammar of the Multitude*. Los angeles: Semiotext(e), 2004.

World Health Organization. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DO SÉCULO XXI: ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS

Paulo Vicente Bonilha Almeida

1. SITUAÇÃO ATUAL NO MUNDO

Embora haja muitas evidências na literatura de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) alcançam melhores indicadores de saúde, têm menores custos e maior satisfação dos usuários, há muitas divergências sobre as formas de estruturá-los, para obtenção destes seus princípios (Macinko, 2003; Shi, 2002; Starfield, 1994; Starfield, 2004).

Na maioria dos países industrializados, os serviços de atenção básica são prestados por médicos de família, que funcionam como “porta de entrada” (“*gate-keepers*”) do sistema de saúde, acompanhados ou não por outros profissionais de saúde (Giovanella, 2006; Starfield, 2004).

Entretanto, na atenção básica à infância e adolescência de muitos países, como na Espanha e na Itália, por exemplo, os pediatras são os médicos para crianças abaixo de catorze anos de idade (Starfield, 2004; Katz et al., 2004). Historicamente, em alguns países, como o Chile, por exemplo, clínicos gerais desempenharam este papel, antes que estas nações comessem a desenvolver reformas da atenção primária com enfoque de medicina de família. Neste país, desde 1997, há uma experiência de formação de um profissional, diferenciado do Médico de Família tradicional, específico para atenção à criança, o Médico de Família de crianças - “*Medico de familia mención niño*” (Téllez, 2004).

Em 2001, a revista Lancet, em editorial, criticava o sistema de saúde do Reino Unido no que tange a assistência à saúde das crianças, afirmando que em 40% do país não são oferecidos serviços de atenção primária especializados em pediatria para as crianças, ficando a responsabilidade por este atendimento “para médicos de família generalistas que possuem limitada formação em pediatria”. Complementa que em muitos

dos países europeus como Alemanha, França e Espanha são pediatras os responsáveis pela porta de entrada de cuidados primários às crianças. Encerra afirmando que o governo do Reino Unido “parece estar só começando a reconhecer que crianças não são pequenos adultos” (Lancet, 2001).

Mais recentemente especialistas britânicos em pediatria comunitária renovam tal preocupação (Hall e Sowden, 2005).

Portanto, a definição do profissional mais apropriado para a atenção primária à criança e, em decorrência a questão da disponibilização ou não do pediatra nos serviços de atenção primária constitui uma polêmica antiga e universal, estando longe de ser dirimida.

Segundo Starfield (2004), “a questão de quem oferece atenção primária melhor, e para quem”, seria relevante em quase todos os lugares, porque influenciaria a política tanto a respeito da formação dos profissionais médicos da atenção primária, como da organização e do financiamento dos serviços.

2. SITUAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, a criação de seu sistema nacional de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) só ocorre a partir de 1988, muito tardiamente, se comparado a vários países europeus, onde isso se deu já após a segunda guerra mundial (Campos, 2007; Giovanella, 2006; Tanaka e Oliveira, 2007). Embora, bem antes do advento do SUS, a história da saúde pública brasileira registre muitas iniciativas localizadas de estruturação de redes de atenção básica, isto nunca havia se efetivado enquanto uma prioridade federal que repercutisse na criação de uma política de atenção básica de abrangência nacional (Merhy et al, 1993).

A partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) inicia um movimento nesse sentido, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia central para mudança no modelo assistencial em saúde vigente no país, visando ao fortalecimento da

atenção básica e à diminuição da necessidade de atendimento secundário e terciário (Viana e Dal Poz, 2005).

A existência de equipes multiprofissionais na atenção básica é um dos diferenciais do PSF nacional em relação à experiência internacional na área, mesmo em países com APS renomada, como Inglaterra e Cuba (Brasil, 2007c; Conill, 2006; Giovanella, 2006; Tanaka e Oliveira, 2007), onde a atenção é quase que exclusivamente médica.

O PSF baseia-se no trabalho de uma equipe composta por um médico de família generalista, uma enfermeira, um ou mais auxiliares ou técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de 2001, o Ministério da Saúde passou a financiar a incorporação na equipe de saúde da família (ESF) de equipe de saúde bucal, ou seja, dentista e atendente de consultório dentário (ACD) e/ou técnico de higiene dental (THD). Cada equipe de saúde da família responsabiliza-se por cerca de 600 a 1000 famílias adscritas, propondo-se a oferecer atenção integral, atendendo a demanda espontânea e programática e fazendo vigilância à saúde, buscando “identificar e intervir sobre os problemas de saúde e situações de risco, visando a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida desta população” (Brasil, 2007c).

Entretanto, esta composição das equipes de saúde da família (ESF) tem sido um dos aspectos do PSF questionados, com o argumento de que esta equipe mínima seria insuficiente, principalmente nos grandes centros urbanos para dar conta das diversas e complexas realidades de saúde.

A ausência do pediatra é uma destas críticas (Goulart, 2006).

O início de atuação da pediatria nos serviços públicos de assistência médica se confunde com a própria fundação dos mesmos no Brasil, que ocorreu a partir das últimas décadas do século XIX no caso da cidade do Rio de Janeiro e no início do século XX em São Paulo.

Desta forma, desde cedo, com a criação dos primeiros centros de saúde, na década de 20, em São Paulo, a pediatria ocupou boa parte do funcionamento destes serviços, em grande medida voltados para o atendimento materno-infantil. Na década de 40 com a

criação do Departamento Nacional da Criança são criados postos de puericultura (Zanolli, 2001).

A partir das décadas de 60 e 70, teve novo impulso a proposta de criação de centros de saúde, agora sob influência do chamado movimento de Medicina Comunitária, originado na década de 60 nos Estados Unidos. Posteriormente, na década de 70, também pelo estímulo à Atenção Primária por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e eventos como a 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial da Saúde (1977) e a histórica Conferência sobre Cuidados Primários de Alma-Ata, em 1978 (OPAS, 1978; Zanolli, 2001). Assim esta proposta começa a ser objeto de vários programas nacionais, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) de 1980, todos de limitado alcance, fazendo com que a implantação de redes básicas de saúde dependesse muito da iniciativa dos municípios. Por este motivo esta acaba ocorrendo de forma muito diferenciada em cada um, com destaque para o pioneirismo de cidades como Diamantina e Montes Claros, em Minas Gerais, Londrina (PR), Campinas (SP), Niterói (RJ), Caruaru (PE), etc. (Arouca, 2007; Goulart, 1995; Lavras, 2007; Santos, 1995).

Nas unidades básicas de saúde de grande parte das cidades brasileiras, principalmente as de maior porte, estabeleceu-se uma cultura de disponibilização de clínicos gerais para a atenção ao adulto e pediatras para as crianças.

Daí a naturalidade dos questionamentos em relação à ausência do pediatra na equipe de saúde da família padrão do Brasil, desde o início da implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994.

Em 2008, já não mais entendida como um programa, mas como a estratégia central da Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família atinge a marca de 27.900 equipes, espalhadas por 5158 municípios (Brasil, 2006; Brasil, 2008). Apesar desse grande número de equipes, isso significa ainda uma cobertura de menos de 50% da população brasileira, ou seja, cerca de 89 milhões de pessoas (Brasil, 2007b).

Além da significativa ampliação de acesso à atenção à saúde, em especial para populações antes excluídas de qualquer atendimento, pesquisas têm mostrado o impacto do PSF sobre as condições de saúde da população, da mesma forma como tem sido

evidenciado na atenção básica internacional, agora também a nível nacional. Macinko (2006), estudando a redução da taxa de mortalidade infantil brasileira, entre 1990 e 2002, de 49,7 para 28,9 óbitos por mil nascidos vivos, verificou que a cada 10% de aumento de cobertura do PSF a mortalidade infantil cai 4,6%, sendo o fator isolado que apresentou maior impacto.

Quanto à capacitação dos médicos de família das quase 28.000 equipes pelo Brasil, a grande maioria destes não possui formação em medicina de família (Brasil, 2007a; Machado, 2000), sendo levantados muitos questionamentos sobre sua capacitação para o atendimento à criança e o adolescente.

Uma das principais críticas desta situação é a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), para a qual a presença do pediatra seria necessária na ESF tendo em vista uma pretensa “limitação do conhecimento do médico generalista” (SBP, 2001). Esta afirma, em documento sobre o tema, que o trabalho deste “não deveria, portanto, ser compreendido apenas como uma especialidade médica, tendo em vista ser sua prática generalista, incluindo a enorme extensão do domínio dos conhecimentos e práticas médicas referentes aos vinte primeiros anos da existência humana. Assim, as políticas públicas de saúde propostas para ampliar o acesso da população aos recursos educativos, preventivos, curativos e de reabilitação não podem a qualquer pretexto cercear o direito fundamental do ser humano nas duas primeiras décadas de vida, de ser atendido por um médico formado nos cânones da medicina geral de crianças e adolescentes” (SBP, 2001). Segundo este raciocínio, a pediatria seria a medicina geral desta ampla faixa etária da população e não uma especialidade.

Por outro lado, a própria SBP, em 2004, revela preocupação com a existência deste idealizado pediatra, ao publicar um documento denominado “Resgate do Pediatra Geral - Consenso do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial da SBP”. Em seu primeiro capítulo, denominado “SOS Pediatra Geral”, fala do risco da pediatria seguir o mesmo caminho da clínica médica, que, ao se desmembrar em especialidades, teria ganho potência para o tratamento de doenças específicas graves, mas perdido o enfoque global do paciente. Com a missão de “resgatar o papel do pediatra geral na promoção da saúde da criança e do adolescente no contexto de sua família e da sua comunidade”, se

propõe a “conscientizar o pediatra geral de sua importância na promoção da saúde e estimulando-o a não atuar apenas como socorrista, mas aproveitar todas as consultas para exercer ação preventiva e educadora sem prejuízo para sua atuação eficaz na resolução das doenças habituais da infância”.

Na cidade de Campinas (SP) o PSF, denominado por influência de teorias de gestão em saúde de Campos (2000) de PSF-Paidéia (Paidéia é um conceito da Grécia antiga, significando desenvolvimento integral do ser humano), tem como um de seus principais diferenciais, a composição das equipes de saúde da família. Ampliadas em relação à equipe tradicional, contam com mais dois médicos em período parcial (20 horas semanais), em geral pediatra e ginecologista e também um ou mais profissionais de saúde mental, em apoio matricial a um conjunto de equipes na unidade de saúde (Campinas, 2001).

Em pesquisa qualitativa desenvolvida em sua rede básica de saúde, pediatras e médicos de família apontam necessidade de melhoria da capacitação do médico de família para o cuidado à criança e reconhecem a importância do pediatra na atenção básica e não como referência à distância, pela ampliação da resolutividade que traria para a equipe *in loco*. Entretanto, foram apontadas críticas à atuação do pediatra, muito focada no referencial biomédico e no consultório médico, havendo necessidade de maior envolvimento com o trabalho em equipe, os aspectos psicossociais, a família e o território (Bonilha Almeida, 2008).

3. PUERICULTURA: HISTÓRIA, CONCEITO E PRÁTICA

A Puericultura nasce na Europa ocidental do século XIX, quando a mortalidade infantil era bastante alta, chegando em alguns grupos a ser de um quarto a dois terços do total de crianças. Eram então identificadas como causas, pelos médicos, a falta de cuidados maternos, em especial a ausência de amamentação e até mesmo o abandono das crianças (Mendes, 1996).

Neste contexto teria como objetivo definir e divulgar a forma ideal de cuidar das crianças. “Origina-se da intenção de substituir hábitos tidos como prejudiciais para a saúde física e mental das crianças, por comportamentos baseados na racionalidade científica e na moral superior das classes dominantes...” (Mendes, 1996, p.107).

O termo ‘Puericultura’ foi criado em 1865, por Caron, médico francês, para denominar a “ciência de elevar higienicamente e filosoficamente as crianças”. Não teria sido utilizado até o final do século XIX, quando o obstetra Pinard, também francês, passou a usá-lo sistematicamente (Mendes, 1996, p.111).

Se, de início, a Puericultura fundamentava-se em conselhos de médicos famosos, com embasamentos comportamentais e morais, a partir de 1880-1885, sofre grande influência das descobertas de Pasteur e outros cientistas da época, adquirindo um caráter mais técnico, científico, com uma tentativa de depuração dos conteúdos que não tivessem uma base científica.

Tanto na França, quanto no Brasil posteriormente, a consulta de puericultura é implantada inicialmente em serviços filantrópicos e mais tarde por serviços públicos, em geral ambulatorios de atendimento pré-natal-natal, serviços de fiscalização de amas-de-leite, de distribuição de leite esterilizado e assistência social. Nesta época, em que a maioria das mortes infantis era causada pela diarreia, os serviços de distribuição de leite esterilizado em vários países, como França (aí chamados de “Gotas de Leite” – *Gouttes de Lait*), Estados Unidos, etc, têm grande impacto na redução destas mortes (Masuy-Stroobant, 1984; Mendes, 1996).

A Puericultura será importante, enquanto disciplina de aplicação de saberes e técnicas de avaliação e preservação da saúde da criança sadia, para constituir, e ao mesmo tempo ampliar, o campo de atuação da Pediatria, enquanto especialidade médica, que assim não se restringirá como disciplina exclusiva de saberes e práticas referentes ao diagnóstico e tratamento da criança doente. Trata-se de um caso a parte em relação à forma tradicional de definição de especialidades médicas, que em geral se constituem em torno de sistemas orgânicos ou de etiologias de doenças.

É, portanto, uma especialidade forçosamente ‘integradora’: na integralidade com que concebe a criança, como corpo anatomofisiológico, inserido em uma família de tal

ou qual condição socioeconômica, na integralidade com que tenta articular conhecimentos das diversas especialidades, especificando-os com relação à criança e na integralidade com que procura dispor o trabalho do médico pediatra em um processo de trabalho coletivo (Mendes, 1996).

Por outro lado, da mesma forma que as demais especialidades médicas, seu desenvolvimento se deu sobre as bases de um paradigma biomédico (Guedes et al., 2006; Kuhn, 1989), entendendo o processo saúde-doença sob uma perspectiva científica positivista. Através desta o conhecimento surge de uma investigação analítica que explica os fenômenos complexos a partir da fragmentação de seus componentes e o estudo de cada um em particular. Assim a doença é estudada como um fenômeno separado da pessoa que a sofre, buscando com isso uma descrição objetiva e replicável da patologia, permitindo prever seu comportamento em qualquer portador. Embora este modelo tenha permitido um progresso científico evidente, com muito impacto para os avanços da medicina, tende a gerar uma visão reducionista dos fenômenos, excluindo muitas vezes os fatores psíquicos e sociais envolvidos no desenvolvimento das doenças (Téllez, 2004).

4. PERSPECTIVAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Este descompasso entre a prática dos pediatras e as necessidades de saúde de seus pacientes, a “nova morbidade” ou “morbidade do milênio” (Palfrey, 2005), aparentemente só tem se agravado, devido às grandes e rápidas mudanças nos processos de saúde-doença das sociedades modernas, conseqüências das, também não menos drásticas, alterações demográficas, sócio-culturais e de estilo de vida na maioria dos países.

Para muitos pediatras, esforços para promover a saúde das crianças têm sido voltados para atender as necessidades de cada criança num contexto de atendimento individual, garantindo acompanhamento médico para as mesmas. Essa abordagem, associada aos compromissos pessoais dos próprios pediatras com a comunidade tem

obtido grande sucesso. Contudo, de forma crescente, as maiores ameaças à saúde das crianças americanas – a “nova morbidade” – deriva de problemas que não podem ser adequadamente resolvidos por este modelo de prática isolado. Estes problemas incluem taxas de mortalidade infantil inaceitáveis em certas comunidades, níveis extraordinários de injúrias intencionais e não intencionais, dependência química, problemas comportamentais e de desenvolvimento, conseqüentes de cuidado inapropriado, disfunção familiar, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e nascimentos extra-conjugais e falta de acompanhamento médico (Rushton - American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005).

TABELA 1 - TENDÊNCIA SECULAR NA MORBIDADE PEDIÁTRICA*

Morbidade pediátrica clássica (1900-1955):

Doenças infecciosas
Alta mortalidade infantil
Nutrição deficiente
Doenças crônicas incuráveis
Epidemias (poliomielite, influenza)

A nova morbidade (1955-1990):

Distúrbios familiares .
Problemas de aprendizado
Problemas emocionais .

Além da nova morbidade (anos 1990):

Desagregação social .
Perturbações políticas, guerras .
Novas epidemias (violência, AIDS, cocaína, sem-teto)
Sobrevivência aumentada

Morbidade do novo milênio (presente)

Influências socioeconômicas

Desigualdades de acesso aos cuidados de saúde

Influência da tecnologia na saúde (incluindo TV)

Obesidade

Doenças mentais

adaptada de Palfrey et al. e Haggerty

TABELA 2 - RANKING DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CAUSADORAS DE PERDA DE ANOS DE VIDA *, SITUAÇÃO MUNDIAL, 1990-2020

* Anos de vida ajustados para a incapacitação (DALYs).

1990	2020
Infecções respiratórias baixas isquêmica 1	1 Doença cardiovascular
Diarréia 2	2 Depressão
Doenças perinatais 3	3 Injúrias no trânsito
Depressão 4	4 Doença cerebrovascular
Doença cardiovascular isquêmica pulmonares 5	5 Doenças
Doença cerebrovascular 6	6 Infecções respiratórias baixas
Tuberculose 7	7 Tuberculose
Sarampo 8	8 Injúrias por guerras
Injúrias no trânsito 9	9 Diarréia
Anomalias congênitas 10	10 HIV
Malária 11	11 Doenças perinatais

Doenças pulmonares 12	12 Injúrias por
violência	
Injúrias por guerras 16	13 Anomalias
congênitas	
Injúrias por violência 19	24 Malária
HIV 28	25 Sarampo

Adaptado de Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization, 2002.

Como já citado, a especialidade da medicina de família, nascida em meados do século XX, na Inglaterra, já ocupa papel central na atenção primária dos Sistemas de Saúde da maioria dos países industrializados, com aparente tendência a se universalizar (Starfield, 2004; Organização Pan-Americana da Saúde, 2005). Justamente se desenvolveu como alternativa à crescente especialização da medicina e tendo como influência o paradigma biopsicossocial.

Este paradigma defende que os processos de saúde-doença não podem ser desligados da pessoa nem dos fatores do entorno. A explicação dos fenômenos seria complexa, pois os fatores biológicos se somam aos psicológicos, sociais e ecológicos, os quais atuam de forma diferente em cada pessoa e enfermidade. O médico neste paradigma está comprometido com a pessoa como um todo, mais que com sua doença, e tenta compreender todos estes fatores que a afetam. A medicina familiar tem uma vocação originalmente generalista, pois sua riqueza se encontra em conseguir uma visão integral e não fragmentada das pessoas e seu contexto (Téllez, 2004).

No mesmo sentido trabalha o conceito de “clínica ampliada”, de que é necessário sim trabalhar a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas é também essencial encarar os riscos subjetivos e sociais (Cunha, 2005). Essas dimensões, que estão presentes em qualquer trabalho em saúde, na rede básica atingem uma expressão maior, devendo-se não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também desenvolver ações que contemplem estas três diferentes dimensões. A proposta é

se desenvolver “projetos terapêuticos singulares”, que respeitem a individualidade de cada caso, partindo do núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito (Oliveira, 2006). São facilitadoras da eficácia desta intervenção clínica ampliada: o trabalho em equipe multi-profissional, a proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes e a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes (Campos, 2003).

Vários autores têm apontado, neste sentido, que os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por uma atenção baseada num modelo com este enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade (Schonhaut, 2006), com o pediatra (ou qualquer que seja o médico responsável pela saúde da criança) trabalhando em equipe e em parcerias com a sociedade, sob pena de “passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil” (Haggerty, 1995; Rushton - American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005).

Assim sendo, não é casual, muito ao contrário, a crescente valorização da potência do médico de família, para o enfrentamento desta nova morbidade, inclusive no que tange à atenção à criança e ao adolescente no seio de suas respectivas famílias.

Uma abordagem original neste sentido ocorre no Chile, onde, desde 1993, a Pontifícia Universidade Católica vem formando Médicos de Família de adultos e Médicos de Família de crianças (Téllez, 2004). O objetivo desta separação foi de conseguir maior profundidade na formação clínica destes médicos e desta forma aumentar a resolutividade na atenção primária urbana. Além disso, outro objetivo desta opção foi garantir, para este profissional responsável pela atenção primária à criança, uma série de saberes e habilidades (“ferramentas”), necessárias para seu trabalho e que hoje são disponibilizadas para a formação em medicina familiar e não em pediatria (Starfield, 2004). A premissa que embasa esta política é a consciência de que a atenção primária, a medicina de família, são muito complexas, exigindo especialistas que dominem a aplicação prática do paradigma biopsicossocial.

Entendendo a importância de uma formação específica para dar conta destas necessidades, esta especialização para médicos de família de crianças, ocorre preponderantemente em serviços de atenção primária, com oferta de disciplinas que não

fazem parte da formação tradicional do pediatra e sim do médico de família, como Educação de adultos, Trabalho com famílias, Habilidades comunicacionais, Trabalho em equipe, Epidemiologia, Prevenção, Promoção, Gestão e Planejamento, Cuidado baseado em evidências, etc (Téllez, 2004).

Nesta linha têm sido cada vez mais freqüentes as propostas no sentido de resgatar a doutrina da especialidade, principalmente municiando o pediatra de ferramentas para adequar sua prática àquela.

Uma delas é o conceito de “pediatria contextual”, que propõe uma prática clínica que enxergue a criança, a família e a comunidade como um conjunto contínuo. O conceito não é novo, como demonstra a história da pediatria, mas tem trazido interessantes avanços.

[...] Apenas na segunda metade do século passado, a pediatria enfocou de modo científico o que se convencionou chamar de nova morbidade: problemas de comportamento, aprendizado e distúrbios familiares. Ainda assim, a atenção prioritária era para a criança. Embora as influências socioambientais fossem valorizadas, a noção de abordagem do contexto era pobre. Somente nos últimos 15 anos têm havido iniciativas concertadas de atendimento à criança e ao jovem centrado na família e baseado na comunidade. Um dos pontos-chave é o diagnóstico de saúde, que inclui a observação seqüencial dos problemas e trunfos da família e de seu entorno. Uma dessas iniciativas mais abrangentes é o projeto Bright Futures, desenvolvido por Morris Green e Judith Palfrey, centrado na puericultura, o qual sugere que ela se baseie numa conexão vertical entre pediatras e todos os demais profissionais de saúde de um determinado serviço, associada a uma conexão horizontal com os diferentes programas comunitários de associações de bairro, creches, escolas, igrejas e serviços de saúde pública. Criado no início dos anos 1990, o projeto Bright Futures foi uma das primeiras aplicações práticas do conceito de pediatria contextual (Blank, 2005.p.125).

O exemplo de proposta acima é apenas uma das possibilidades de se subsidiar o pediatra com conhecimentos e tecnologias que o permitam atuar sobre as necessidades da criança que transcendem o corpo biológico. Isso porque:

...ao conceber o social da criança com base em uma ciência do natural, a Pediatria evita tematizar o social da criança tendo por base uma teoria do social. Desse modo, o pediatra, desprovido dos saberes necessários para uma abordagem integral da criança em sociedade, sente-se incapaz de operacionalizar a doutrina que se constitui, ainda, em importante elemento de orientação da prática. Por outro lado, há uma série de questões que se referem à operacionalização do conhecimento científico e de tecnologias derivadas da própria ciência das doenças no âmbito dos Centros de Saúde, que merecem melhor elaboração por parte da Pediatria (Mendes, 1996, p.292).

Como conclusão, portanto, já há um caldo de cultura semeado com a discussão de saídas para o dilema do futuro da pediatria do século XXI, de forma que não se concretize a previsão de Haggerty (1995; Rushton - Academia Americana de Pediatria, 2005), desta “passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil”.

A recente portaria 154/2008, do Ministério da Saúde, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que regulamenta a participação do pediatra como referência às equipes de saúde da família, é um reconhecimento da necessidade de melhor qualificar a atenção básica à criança e ao adolescente no SUS (Brasil, 2008). Trata-se de importante medida, por viabilizar a disponibilização de pediatras para as equipes e em especial para parceria com os médicos de família, na exata medida que as situações demográficas e epidemiológicas específicas de cada local exigirem. A potência deste trabalho integrado do pediatra e do médico de família pôde ser experimentada com êxito no PSF-Paidéia de Campinas (Bonilha Almeida, 2008).

5. RECOMENDACOES PARA A PRÁTICA DO PUERICULTOR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO SÉCULO XXI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A partir dos resultados de pesquisa realizada junto a pediatras e médicos de família de equipes de saúde da família da rede básica de saúde de Campinas (SP) e também de recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, pode-se depreender algumas recomendações úteis para a prática do puericultor da criança-adolescente do

século XXI, seja ele médico de família, médico de família de crianças ou pediatra, e mesmo para os profissionais de enfermagem que desempenham este papel (Bonilha Almeida, 2008; SBP, 2004).

1) Buscar desenvolver um seguimento das crianças e adolescentes, do nascimento a 20 anos, com ênfase na prevenção e educação em saúde, através da criação de vínculo/empatia com a família. Deve contemplar a oferta de consultas periódicas de puericultura, a realização de visitas domiciliares para situações de risco e de grupos de educação em saúde. A utilização de cronograma de consultas que alterne consultas médicas com consultas de enfermagem (ou mesmo consultas conjuntas) tem se mostrado bastante eficiente, pois além de otimizar a agenda médica para casos mais graves, fortalece o trabalho em equipe e motiva o pessoal de enfermagem ao utilizar plenamente seu potencial de conhecimentos e habilidades. Deve-se evitar, entretanto se prender a cronograma de consultas de forma rígida e burocrática, garantindo periodicidade de consultas de acordo com as necessidades e o projeto terapêutico de cada paciente.

2) O acompanhamento da criança na ABS deve ter um caráter integral e holístico, priorizando a saúde em vez da doença, mas abrangendo a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e agravos à saúde, educação da criança e de seus familiares e tratamento das doenças/agravos mais freqüentes. Crescentemente acumulam-se evidências sobre a necessidade do estímulo a hábitos saudáveis de vida da criança, desde a mais precoce infância, para garantir que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e a ocorrência de doenças crônicas, como obesidade, diabetes, hipertensão, etc. Assim, cada vez mostra-se mais verdadeira a afirmação de que “a criança é o pai do homem”.

3) Assim, cabe ao médico buscar obter, em tempo curto de consulta, dados sobre as condições de vida da criança e as condições familiares e ambientais, incluindo:

1. Condições econômicas e sociais da família (risco social).
2. Condições de moradia (salubridade) e da creche/escola.
3. Alimentação (detalhada) habitual, ênfase no aleitamento materno.
4. Funcionamento intestinal.

5. Habilidades de acordo com a etapa do desenvolvimento.
6. Temperamento e personalidade, comportamento.
7. Linguagem.
8. Acuidade visual.
9. Sono.
10. Disciplina (erros educativos).
11. Atividades lúdicas e sociais (brincadeiras).
12. Escolarização.
13. Vacinação.

4) Como já comentado anteriormente, para que este trabalho, abrangendo simultaneamente aspectos biomédicos e psicossociais da criança e sua família, seja eficaz e eficiente, são pressupostos:

- buscar conhecer e entender a criança em seu ambiente familiar e social, além de seu contexto socioeconômico, histórico, político e cultural. Isto é essencial, pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre a família e seu meio social. Sem o envolvimento da família e seu meio social as intervenções da equipe de saúde da família não terão sucesso;

- conhecer a realidade epidemiológica e demográfica local, de maneira a obter uma boa integração entre a clínica individual e intervenções coletivas / de saúde pública que se façam necessárias;

- conhecer e respeitar a realidade e os valores da família dos usuários dos serviços de saúde, de forma a não se “cometer” orientações sobre os mesmos, isto é orientar comportamentos ou mudanças de hábitos, de forma prescritiva e autoritária. As propostas de condutas devem sempre se compartilhadas e discutidas com o paciente, de forma a melhor adaptá-las a sua realidade concreta e tê-lo como aliado ativo e responsável por seu projeto terapêutico.

5) Assegurar para as famílias que a grande maioria das doenças habituais das crianças é passível de resolução na atenção básica de saúde, alertando para os riscos da atual cultura do pronto-socorro e das consultas intempestivas a especialistas. Para tal, logicamente faz-se necessária a garantia diária de vagas para pronto-atendimento a agravos agudos na agenda médica e de enfermagem, e um processo sistemático de “acolhimento” e avaliação de risco pela equipe a todas as pessoas que buscam atendimento (Franco, 1999).

6) Mesmo nas consultas de pronto-atendimento, procurar, sempre que possível não atuar apenas como socorrista, fazendo uma consulta o mais completa possível, minimamente aproveitando para avaliar crescimento e desenvolvimento, imunização, etc.

7) Potencializar o trabalho interdisciplinar da ESF, maximizando o aproveitamento do potencial e dos saberes de cada profissional, ofertando, por exemplo, através da equipe de enfermagem apoio ao aleitamento materno, horários para avaliação de acuidade visual, etc. É importante garantir espaço nas reuniões da equipe para elaboração multiprofissional de projetos terapêuticos para casos complexos. Em pesquisa realizada na rede básica de saúde de Campinas, médicos de família e pediatras das ESF elogiam muito a potência destes momentos de troca de saberes na discussão de casos (Bonilha Almeida, 2008).

8) Estar atento à dinâmica da mãe, ou responsável, em relação à doença da criança, buscando entender suas necessidades, inseguranças, medos, sentimentos de culpa e expectativas, detectando e procurando intervir sobre situações estressantes que a família possa estar vivendo. Muitas vezes, pais que procuram amíúde assistência médica por questões menores, em geral rotuladas como “bobagens” pelos profissionais de saúde, trazem, consciente ou inconscientemente, problemas mais graves não revelados. Um bom acolhimento, isto é, uma escuta com empatia, que valorize o discurso da família e da criança, e mostrar-se aberto para que a mãe ou responsável aborde outras questões além da doença, podem representar a “deixa” para que esta sinta-se à vontade para falar sobre si, a família, problemas de relacionamento em casa, riscos à saúde, etc. “Perguntas

gatilho” simples como, por exemplo, “Como estão as coisas na família?” podem ser usadas para motivar o diálogo.

9) Fazer da promoção da prática de atividade física e da alimentação saudável uma prioridade permanente do acompanhamento das crianças e suas famílias. Apesar da obesidade constituir hoje uma epidemia mundial, com perspectivas de conseqüências alarmantes, sendo na maioria do país um problema de saúde pública já mais importante que a desnutrição, em muitos serviços de atenção básica ainda tem recebido menos atenção do que esta (Ebbeling, 2002). Para seu sucesso precisa necessariamente de uma postura pró-ativa do puericultor e da ESF como um todo. Como todo problema de saúde pública a promoção de alimentação saudável demanda, além da orientação individual em consultório, intervenções coletivas, como, por exemplo, nas escolas. Assim, construir parceria com a escola da região para que esta mude sua cantina, passando a vender apenas alimentos saudáveis e menos calóricos, pode impactar a prevalência de obesidade infanto-juvenil local muito mais que a orientação nutricional individual a centenas de pacientes/famílias. Deve-se lembrar que o investimento na melhoria da adequação nutricional/alimentar também trará repercussões sobre outros distúrbios nutricionais extremamente freqüentes, como a anemia ferropriva e a constipação intestinal crônica funcional e, como já falado, na prevenção das doenças cardiovasculares e do diabetes melitus da vida adulta.

10) Reconhecer a prevenção às injúrias por causas externas (hoje menos chamadas de “acidentes” pelas noções de acaso e imprevisibilidade ligadas ao termo) também como um grave problema de saúde pública, passível de ser efetivada com sucesso. Entretanto, segundo Blank (2005), “medidas educativas individuais isoladas são insuficientes e o engajamento dos pediatras em ações interdisciplinares e próprias da comunidade é essencial para o progresso no controle efetivo das injúrias”. Mesmo no enfoque individual, orientações genéricas para as famílias manterem as crianças sob vigilância para evitarem “perigos”, são de pouca valia, sendo importante o conhecimento da epidemiologia dos traumas, para orientações específicas, por exemplo, o uso de equipamentos de proteção para a prática do ciclismo (capacete, etc.).

11) Com o crescente controle das doenças infecto-contagiosas imuno-preveníveis e a queda da mortalidade infantil (embora elevadas taxas ainda sejam encontradas em muitas regiões do país) e, por outro lado, com o avanço dos agravos com maior incidência na adolescência, como a morbi-mortalidade relacionada à violência, drogas, etc., esta faixa etária passa a ser tão importante na priorização de ações de promoção e prevenção da ABS quanto a antiga, e ainda importante, preocupação com as crianças nos primeiros anos de vida. Para o sucesso destas ações, entretanto, considerando a baixa utilização das unidades de saúde pelos adolescentes, estratégias de desenvolvimento de atividades, como grupos educativos, em locais por eles freqüentados, como escolas, igrejas, ONG's, clubes, etc. são uma boa alternativa.

12) Como se verifica a partir de várias das recomendações anteriores, considerando o perfil de morbidade atual, passa a ser a cada dia mais importante o papel do médico responsável pelas crianças/adolescentes de advogar pelas mesmas e de articular parcerias intersetoriais, com a comunidade e suas representações, com instituições públicas (escolas especialmente), filantrópicas e religiosas. Finalmente, o mesmo se deve dizer com relação à necessidade deste médico fazer a coordenação do cuidado de seus pacientes quando do encaminhamento para os demais níveis do sistema de saúde, personalizando ao máximo o contato com os especialistas quando de casos mais complexos ou urgentes, mantendo seguimento das crianças ainda que passem a ser acompanhadas em serviços especializados, etc.

Bibliografia

Arouca ASS. Saúde e Democracia: reflexão acadêmica e ação política – depoimento de Sérgio Arouca. In: Lavras C, Prieto S, Contador V, org. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios - Memórias. Brasília: Conasems, 2007.

Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. J Pediatr (Rio J) 2005;81(5 Supl):S123-36.

Bonilha Almeida PV. O Papel do Pediatra no Programa de Saúde da Família – Paidéia de Campinas (SP-Brasil). [Tese – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família – PSF [acesso em 23 ago 2003]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

_____. Dez anos de saúde da família no Brasil. In: Informe da Atenção Básica, n. 21, p.1, mar.-abr., 2004.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.

_____. Situação atual da estratégia saúde da família. Nota técnica do Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007a.

_____. Histórico da Cobertura da Saúde da Família [acesso em 22 out 2007b]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

_____. Atenção Básica. Saúde da Família. Diretriz Conceitual.

Equipes de saúde [acesso em 22 out 2007c]. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>

_____. Portaria 154/2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família [acesso em 11 mai 2008]. Disponível em:

<http://www.conasems.org.br/cosems/al/mostraPagina.asp?codServico=1688&codPagina=5925>

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família, 2001.

Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000.

_____. Saúde Paidéia. São Paulo, Hucitec, 2003.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Rev. C S Col 2007; 12:1865-1874.

Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Gastão W. S. Campos... [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp. 563-613, 2006.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo, Hucitec, 2005.

Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002 Aug 10; 360(9331):473-82

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; Vol. 15, n. 2 [acesso em 11 set 2007]. Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso.

Giovanella LA. Atenção primária nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. De Saúde Pública**, RJ, 22(5) 951-963, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/08.pdf>

Girardi SN; Carvalho, CL. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-190.

Goulart FAA. Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. 1995.

_____. Saúde da família: flexibilizar sem perder a compostura. *Revista Olho Mágico* 2006; Rede Unida. Londrina, v. 13, Nº1, p39-45 Jan/Mar.

Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. K. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Rev. C S Col* 2006, 11(4):1093-1103

Haggerty RJ. Child health 2000: new pediatrics in the changing environment of children's needs in the 21st century. *Pediatrics*. 1995; 96:804 – 812

Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21st century. *BMJ*. 2005;330:430-1.

Kuhn T. Reconsiderações acerca dos paradigmas. In: Kuhn, T. *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70; 1989 p. 353-382.

L'Abatte S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. *Projetos de Política de Saúde em Campinas – São Paulo [Tese – Doutorado]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1990.

Lancet. Time to be serious about children's health care [editorial]. *The Lancet* 2001; 358:431.

Lavras CC, Garcia AC. A experiência de Campinas. In: Lavras CC, Prieto S, Contador V, org. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios - Memórias*. Brasília: Conasems, 2007.

Machado MH, coord. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146p.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–65.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.

Masuy-Stroobant G. La mortalité infantile en Belgique. Histoire et prévention. 1984
[acesso em 12 out 2007]. Disponível em:
<http://www.one.be/docs/DOSSIERS/mortalite.htm>.

Mendes RT. Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde
[Tese – doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad.
Saúde Pública 1993; Jun 9 (2): 177-184.

Oliveira GN. O Projeto Terapêutico como Contribuição para a Mudança das Práticas de
Saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas
Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/
OMS. OPAS, 2005.

_____. Declaração de Alma-Ata [acesso em 5 abr 2006].
1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Introduction: Addressing the Millennial
Morbidity-The Context of Community Pediatrics Pediatrics 2005; Apr 115: 1121 - 1123.

Rushton FE Jr. American Academy of Pediatrics Committee on Community Health
Services. The pediatrician's role in community pediatrics. Pediatrics 2005;115:1092-4.

Sanders LM, Robinson TN, Forster LQ, Plax K, Brosco JP, Brito A. Evidence-based community pediatrics: building a bridge from bedside to neighborhood. *Pediatrics* 2005;115(4 Supl):1142-7.

Santos RCN. A história do Projeto Montes Claros. In: Fleury, org. *A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco 1995. p. 21-79

Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. *Pediatrics* 2005;115(4 Supl):1124-8.

Schonhaut L. Programa de pediatria ambulatoria: Desarrollo de competencias para atender integralmente al niño y su proceso de salud - enfermedad [acesso em 7 dez 2007]. Disponível em: <http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/3.htm>

Shi L, Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy* 2002; 60: 201-18.

Sociedade Brasileira de Pediatria. A assistência à saúde da criança e adolescente no contexto do programa de saúde da família. Rio de Janeiro, mimeo, 2001.

_____. Resgate do Pediatra Geral. Consenso do Departamento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2004.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 8930, p.1129-33, 1994.

_____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade* 2007; v. 16, p. 7-17.

Téllez A, Bustamante C, Pérez MP: ¿Médico familiar del niño o pediatra? *Pediatría al Día* 2004; 20(4):32-5.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998; abr./jun. vol.14, n.2, p.429-435.

Viana ALD, Dal Poz MR. The reorganization of the brazilian health system, and the Family Health Program. [acesso em 11 nov 2007]. Physis, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=isso

Zanolli ML, Merhy EE. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4): 977-987.

Anexo: Temas abordados no Curso de Gestão/ Método: Espiral D´Ascese

- O Método Paidéia
- Importância, conceituação de grupo e modalidades grupais
- Abordagem familiar
- A metodologia Balint
- Promoção da Saúde e Modos de vida
- Transferência e Contratransferência.
- Sistematização do planejamento/ programação local
- Arranjos organizacionais: equipes de referência e áreas de apoio; equipe interdisciplinar e multiprofissional; campo e núcleo das profissões
- Primeira sessão de grupo
- Acolhimento e avaliação de risco, responsabilização. Demanda e gestão da agenda
- Grupos Operativos
- Campo grupal: ansiedade, defesas e identificações. Comunicação grupal
- Papéis, lideranças, perfil e função do coordenador de grupo
- Prática da clínica ampliada. Anamnese ampliada. Projeto Terapêutico Singular. Rede social significativa
- Grupo na instituição: Ambientoterapia
- Contribuição das ciências políticas e sociais à clínica/ saúde coletiva: poder, conflito, rede social
- Redes Sociais – as velhas e as novas formas de sociabilidade
- Gestão participativa: Organização de espaços para gestão participativa

O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos*

Paula Giovana Furlan

Desde a década de 1940, algumas experiências na política pública de saúde do país²⁷ apontaram para a potencialidade da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde da atenção básica, para auxiliar o desenvolvimento das práticas de saúde e aproximar a cultura e o conhecimento da população dos saberes dos profissionais. O objetivo dos programas a que se vinculavam, em geral, era proporcionar a extensão das atividades de assistência à saúde em áreas do país que ainda se encontravam sem serviços de atenção básica, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes de saúde recrutados na própria comunidade e por profissionais médicos e enfermeiros (Silva, Dalmaso, 2002).

Os visitantes sanitários ou agentes de saúde, como denominados nessas experiências, eram recrutados na própria comunidade beneficiada, responsáveis por auxiliar o acompanhamento feito pelos profissionais da saúde às famílias e aos indivíduos nos locais de residência. Seria uma forma também, através deles, de proporcionar a discussão dos problemas de saúde dos locais e a participação da população na composição das ações de saúde. A maioria dos agentes escolhidos para trabalhar nos programas já desenvolvia alguma atividade na comunidade, seja em igrejas, escolas, associações, ou como cuidadores de forma geral (aplicavam injeções, realizavam curativos, cuidados aos idosos, conhecimentos do uso de ervas). A inclusão desses agentes veio de encontro à necessidade dos programas de ter apoio à execução das práticas e a implantação com custos baixos.

Em 1991, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, tivemos a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de ser uma

* Esse capítulo é parte das reflexões produzidas na dissertação de mestrado intitulada “Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde”, da mesma autora (Furlan, 2008).

²⁷ Serviço Especial de Saúde Pública- SESP, anos 1940: Região amazônica, Estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Goiás; Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento- PIASS: década de 1970, na região Nordeste, e 1980, no Estado São Paulo, no Vale do Ribeira e Sorocaba; Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará- PACS-Ceará, na década de 1980. Para maior descrição desses programas na história das políticas públicas do Brasil, ver livro de Silva e Dalmaso (2002).

estratégia nacional de mobilização de forças sociais, da população, para a conquista de saúde, acesso aos serviços e estratégias de cuidado. A criação do PACS nacional justificava-se pelos bons resultados das experiências anteriores da integração do ACS à equipe local, não somente quanto ao relacionamento da população com o serviço de saúde, mas também pela sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema. Então, através da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma pessoa capacitada em saúde, de origem da própria comunidade e integrada à equipe de saúde local, era esperada a formação de um vínculo comunidade-serviços forte e ampliado. Os objetivos gerais do Programa eram expressos em termos de aumento da capacidade da população cuidar da sua própria saúde e resolver seus próprios problemas, sendo o ACS um facilitador de tal processo. Por sua vez, os objetivos específicos abrangiam a detecção das necessidades de saúde da comunidade, bem como a capacitação dos ACS para tal trabalho, contribuindo para a extensão da atenção à saúde e ampliação do acesso à informação na comunidade.

Em 1994, os ACS foram incluídos na equipe mínima do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual surgiu como estratégia para reorganização da prática assistencial, com atenção centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 1994).

Desde então, foram elaboradas algumas portarias (Portaria Ministerial nº1886/97, Decreto Federal nº 3.189/99) e instituídas leis (nº 10.507/02; nº 11.350/06), regulamentando a atuação e criando a profissão de ACS. Algumas de suas diretrizes operacionais dizem que o ACS deve:

- a) realizar diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- b) promover e executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva, nos domicílios e na comunidade;
- c) realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco;
- d) fortalecer a organização e o desenvolvimento comunitário;
- e) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas;

f) participar de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas para promoção da qualidade de vida.

As ações dos ACS seriam voltadas para os grupos populacionais (famílias, mulheres, recém-nascidos, idosos etc) e com ênfase, por exemplo, na saúde bucal, nutrição, planejamento familiar, parasitoses, reidratação oral, doenças crônicas, tuberculose, sensibilização da comunidade aos direitos humanos. Foi indicado que os temas das formações e capacitações fossem singularizados localmente, de acordo com as prioridades e problemas identificados em cada território (Brasil, 1991; 1997; 1999; 2002).

Atualmente, contamos com 25.551 Equipes de Saúde da Família implantadas e são 195.387 ACS distribuídos em 5.000 municípios brasileiros (Brasil, 2007). A cobertura populacional de ACS no país cresceu de 46,6% em 2001, para 53,3% em setembro de 2007. Os números da cobertura populacional de PSF são de 25,4% e 43,9%, respectivamente (Brasil, 2007).

Nesse contexto, o ACS é considerado pela política nacional como uma pessoa que agregaria a competência cultural à atenção básica e que isso seria um dos fatores que diferenciaria o modelo brasileiro de outras experiências no mundo (Brasil, 2007). Com o aumento do número de ACS pelo país e a aposta em sua figura para a ampliação do modelo de cuidado, o aumento da autonomia e autocuidado da população com sua própria saúde, a inserção do saber e cultura da comunidade na formulação da atenção à saúde e o fortalecimento das estratégias de promoção à saúde, torna-se relevante refletirmos sobre como tem se desenvolvido sua prática de trabalho: Como é o “fazer” das ações previstas? Como realizar diagnóstico demográfico e educação em saúde? Qual espaço para problematização do que encontram? E ainda: O que procurar e o que encontrar?

O trabalho no território

O ACS ganhou destaque na atenção básica à saúde, com inserção no PSF, porta de entrada do SUS. Sendo o foco do trabalho o território, o ACS é considerado um importante instrumento para detecção das necessidades de saúde da comunidade.

Nas diretrizes do PSF (Brasil, 1994), alguns dos termos largamente utilizados para definição de território são ‘abrangência populacional’ e ‘adscrição da clientela’, recomendando-se considerar a diversidade sócio-política, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas. Porém, conforme apontado em recente estudo (Pereira, Barcellos, 2006), na prática local de implantação das equipes do PSF, somente é mencionado o limite de população, sem nenhuma informação concernente à flexibilização da adscrição por especificidades locais. Ou seja, com maior frequência, as microáreas de responsabilidade das equipes e serviços são distribuídas pelas equipes e pelos ACS de acordo com a quantidade numérica de famílias, e não de acordo com as características singulares de cada espaço.

Para refletir sobre o trabalho dos ACS, faz-se necessário apontar um conceito de território que amplie a capacidade de compreensão sobre os potenciais e as limitações existentes no espaço, bem como sobre seus sujeitos constituintes, pois não é suficiente entender os processos saúde-doença de forma ecológica e segundo parâmetros gerais (Oliveira, 2007; Barros, Ghirardi, Lopes, 2002). É preciso penetrar na singularidade de indivíduos, grupos e conhecer o social em que as vidas se tecem²⁸.

Vemos que a divisão numérica não contempla a realidade de existência e dinâmica de tal espaço social. Assim, o ACS inserido em serviço se defronta com uma realidade que só o raciocínio numérico e distributivo geograficamente não lhe oferece aporte teórico e instrumental prático para as funções a que é designado. O trabalho dos ACS no território permitiria, além da identificação, mapeamento do espaço e da adscrição populacional, problematizar e transformar o cotidiano e as condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica dos sujeitos na sua complexidade, podendo ser um importante agente disparador de análise sobre o contexto e as ofertas a serem elaboradas por comunidade e serviço. Partir de intervenções que poderiam estimular a criação de Espaços Coletivos (Campos, 2005) propiciadores da análise do contexto e de poderes, da ação das pessoas e apropriação do espaço pelos sujeitos que

²⁸ Trabalha-se neste texto com os conceitos desenvolvidos por Santos (2002) sobre território, por Castel (1995) sobre espaço social e vulnerabilidade, por Campos (2000; 2005) sobre espaço coletivo e sujeito e por Barros, Ghirardi e Lopes (2002) sobre redes sociais de suporte. Para apreender a concepção, sugestão à leitura do capítulo Sete (7), neste mesmo livro, “Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. **Gustavo Nunes de Oliveira e Paula Giovana Furlan**” que aborda essa discussão, ou das referências dos textos desses autores, indicados ao final deste capítulo.

nele vivem. Olhar e agir no território além da cartografia. Em tese, o ACS que, além de trabalhador, é membro da comunidade, traria em si a cultura e o saber locais, o que o potencializaria enquanto um agente para introdução de novos conceitos e práticas para a comunidade e para a equipe de saúde.

Porém, o que observamos hoje é que as ações dos ACS são prioritariamente referentes à vigilância epidemiológica, centradas em atividades de controle e saneamento, e reproduzidas de atividades existentes há anos no local. Há pouca discussão *in loco* das potências dos ACS para atividades educativas e grupais, incluindo a formação para tal e incorporação do saber popular nas ações de saúde. Parece que com a figura do ACS, a atenção básica se tranqüiliza, pois que a promoção de saúde estaria nominalmente garantida. Por exemplo: as atividades com a comunidade, de visitas, grupos e com temas não relacionados às doenças, são na maior parte das vezes, de responsabilidade dos ACS nas unidades, mas ainda oferecidas quando as tarefas de *Breteaux* (controle da dengue) não são urgentes em ser realizadas. Como então realizar atividades educativas e fortalecer organização comunitária para o cuidado da própria saúde? E o que entra como prioridade na agenda dos serviços? O que pode ser detectado e trabalhado no cotidiano?

A identificação das necessidades de saúde da população

Detectar: 1. revelar ou perceber a existência de. 2. tornar perceptível ao ouvido ao à vista; revelar. (Dicionário Aurélio, 2000).

Ao ACS é colocada a tarefa de relatar para a equipe de saúde quais são as necessidades de saúde que a população apresenta. Mas, como o ACS as identifica? Como é a construção desse conceito, o entendimento e a incorporação pelos ACS em sua formação e cotidiano de trabalho? Então, cabe considerarmos como se tem construído o conceito de necessidades de saúde, o que entra na agenda do atendimento e o que vem sendo ofertado como ações de saúde, seja através de uma demanda explícita das pessoas ou não.

Campos (2003) ressalta que as necessidades de saúde são constituídas por uma luta de influência entre saberes, interesses econômicos, prática política e profissional, mídia, interesses da população. Resultariam tanto da oferta de serviços quanto da demanda, da pressão social e das lutas políticas por direitos. “*A demanda reflete tanto o discurso hegemônico imposto pelas máquinas sociais, quanto o desejo e interesse das pessoas*” (Campos, 2003, p.15). Seria um processo de co-produção dessas forças.

Importante realçar que no cotidiano das práticas de um serviço de saúde há um tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que as instituições apresentam de oferta para sua resolução (Campos, 2005). Todo bem ou serviço produzido têm um valor de uso, uma capacidade potencial de atender a necessidades sociais. O que acontece, segundo análise de Campos (2005), é que se toma o valor de uso e utilidade do serviço como se fossem equivalentes às necessidades sociais. A demanda da população fica vinculada à existência de serviços e a produção de saúde à realização de procedimentos, por exemplo. Há aqui um desafio a ser enfrentado, pois é preciso considerar o emaranhado de inter-relações e questões entre os atores sociais implicados, além do predomínio de uma visão que imprime um grau de exterioridade às necessidades e instituições em relação aos sujeitos (Campos, 2005; Oliveira, 2007).

Sendo o trabalho do ACS desenvolvido em determinado território circunscrito, encontra-se também grande variedade das situações sociais e econômicas da população e também, as mais adversas necessidades e demandas de saúde. Quando o PACS foi idealizado, como vimos acima, antes até de 1991, sua implantação e experimentação tiveram início nas regiões em que a prioridade do cuidado à saúde, tanto prevenção quanto cura, era voltada para o controle de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, particularmente quanto à diminuição de altos índices de desnutrição e mortalidade materno-infantil, dadas às condições sanitárias precárias, situação social de pobreza e existência de poucos profissionais, serviços e tecnologias de atenção à saúde.

Quando o Programa passa a ser implementado em regiões do país em que questões urbanas e de grandes cidades, como violência, desemprego, uso de drogas, doenças crônicas são emergentes, “outras” necessidades sociais foram colocadas em evidência na atenção de saúde. Em resumo: o quadro de morbidade e de mortalidade da maioria das cidades brasileiras é mais complexo e variado do que inicialmente

priorizado como foco de intervenção pelo PACS. A atenção básica no Brasil está obrigada a se envolver com “outras” necessidades sociais/ de saúde, além, poder-se-ia dizer, das classicamente já incorporadas neste nível de atenção, como controle de hipertensão, diabetes, tuberculose etc. Problemas de saúde de dimensão coletiva que acabam ainda sendo delegadas ou às especialidades, como doenças mentais, deficiências, alcoolismo, violência, ou às intervenções tão coletivizadas que não atingem a singularidade do sofrimento. A atenção básica à saúde torna-se muitas vezes um encaminhador para serviços especializados (isso quando eles existem), caso contrário, a pessoa com tais necessidades fica perambulando pelo Sistema ou mesmo nem o acessa (Elias *et al.*, 2006; Lopes *et al.*, 2007; Silveira, 2003; Santos, 2004; Campos, 1997). Com isso, poderíamos dizer que também a atenção básica operaria como um filtro do sistema, já que é tida como sua porta de entrada, selecionando o que será visto como demanda de saúde, o que será pauta na elaboração de estratégias de atenção e cuidado e o que não será.

Algumas pesquisas indicam que nem sempre são ofertadas ações de saúde que abrangem todo esse espectro (Elias *et al.*, 2006; Lopes *et al.*, 2007; Silveira, 2003; Santos, 2004; Campos, 1997). Nem sempre as ações ofertadas pelo PSF correspondem às necessidades de saúde. Há dificuldade para que equipes do PSF desenvolvam ações de promoção, num território definido, com uma população e comunidades adscritas, com características singulares/ peculiares. A Saúde Pública e Coletiva encontra-se num dilema, pois lhe falta arcabouço conceitual ou categorial para apoiar os trabalhadores nesse percurso de identificação das necessidades, já que ora enfatiza a utilização de indicadores epidemiológicos objetivos (mortalidade, risco e morbidade), ora a participação comunitária como instrumento para levantamento de necessidades (Campos, 2000). Esse impasse atinge os ACS, objeto desta reflexão. Os ACS tenderão a identificar principalmente aqueles problemas de saúde apontados como prioritários pelos Programas oficiais e não a partir de necessidades populacionais locais. Por exemplo: detectar casos de hipertensão, porque há o atendimento ao usuário hipertenso dentro da unidade de saúde. Apesar do discurso dos ACS basear-se em um conceito ampliado de saúde, ainda o olhar e as intervenções estão pautados pela “marca” da doença, dos programas criados

para enfrentá-los de forma coletivizada e as necessidades de saúde ainda são traduzidas pelo acesso aos procedimentos ofertados.

Quando se efetiva a existência de um profissional responsável por “identificação das necessidades de saúde no território”, na ponta do sistema, no caso o ACS, corre-se o risco de deflagrar maneiras de viver distanciadas do âmbito dos direitos humanos. Se não há a definição de uma metodologia que combine “ofertas técnicas” com “demandas/ necessidades” dos usuários dos serviços, pode-se reforçar um modo de atendimento baseado em conceitos biomédicos tradicionais e na medicalização do sofrimento. Os ACS em sua prática acabam se defrontando e escancarando mazelas sociais, que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas do que o limite das práticas de saúde. Ou mesmo, defrontam-se com problemas de saúde pública que estão intrinsecamente relacionados com questões sociais, como a violência, para citar um exemplo, que exigem intervenções intersetoriais ou mesmo com outros referenciais dentro do campo da saúde, que não somente o biologicista ou pautado no surgimento de doenças e patologias.

Quando o ACS identifica determinados problemas de saúde, espera-se que a equipe seja capaz de pegá-los também como problemas. E aqui a mesma questão: o que a equipe entende como necessidade e problema de saúde? O ACS, com a tendência a se identificar com a equipe e assumir progressivamente a mesma concepção, vai identificar os problemas na medida em que sente como e de que forma a equipe responde ao que traz para discussão. Algumas vezes, os ACS contam à equipe uma informação sobre a história do usuário, algo que julgam relevante para composição do raciocínio de um Projeto Terapêutico, mas sentem que sua contribuição não ‘ecoa’ nas pessoas da equipe, o que faz parecer que não era relevante. Assim, tendem numa próxima vez, não reportarem mais à equipe, entendendo que não é de responsabilidade deles e/ou do serviço de saúde.

O ACS seria aquele que traz para a equipe “toques de estranhamento” de como é realizado o trabalho em saúde ou mesmo de “sutilezas” do que ocorre com as famílias que acompanha, que, muitas vezes, passam despercebidas na reflexão sobre um caso clínico ou no atendimento rotineiro. Se os ACS assumirem postura passiva e

permanecerem na expectativa de ordens, essa “sensibilidade” vai se moldando com o que já é tradicionalmente acolhido e possui resposta dentro do modelo hegemônico de cuidado vigente, com tendência a desaparecer a inovação trazida pela percepção do agente.

O ACS tem sido idealizado como aquele que, por ser de dentro da comunidade, facilitaria o vínculo e a realização de atividades e intervenções, o que demais profissionais que não vivem aquela cultura, aquela realidade periférica, teriam dificuldade de fazer. Mas ainda, sendo morador da área em que trabalha e por estar imerso em contexto complexo, observa-se que esses podem ser fatores que poderiam “cegar-lo” para possíveis ofertas além do que já é efetuado pelos serviços e políticas de saúde, tendendo a identificar apenas aqueles problemas para os quais há resposta certa e possível na tradição da área da saúde. Onocko Campos (2005) aponta que os profissionais não estão advertidos/ sensibilizados para identificar e preparados para lidar com problemáticas decorrentes do contemporâneo, como a degradação da sociabilidade comum em grandes cidades urbanas, isto para não mencionar a miséria extrema. Logo, o problema para o qual não há solução local ou estratégias de intervenção imediata poderá continuar intocado no território. Temos também aqui a “mistura” de demandas sociais com as demandas específicas do campo da saúde, que não são muito bem delimitadas.

Instituição e comunidade

A partir da entrada do ACS como sendo da comunidade, ele ocupa e perambula em um “espaço” na equipe entre o que é denominado ora como ‘o social’, ora como ‘o cultural’, estando do lado dos usuários, mas também, do lado do institucional, da equipe e do corpo profissional da saúde. Isso gera tensão diária, que dificulta a inserção do ACS e a delimitação de suas atribuições.

O ACS representaria duas vozes, usuário e serviço, ou como optaram Nunes *et al* (2002), por denominá-lo como um agente polifônico: o porta-voz da instituição e da comunidade, que ora facilitaria, ora dificultaria a relação comunidade-serviço de saúde.

Silva e Dalmaso (2002) identificaram que o ACS teria dois pólos em seu perfil ocupacional-social: o primeiro seria como agente institucional e o segundo, como agente

da comunidade. Porém, ressaltaram que ainda o que acontece na prática de trabalho é a hegemonia das atividades do primeiro pólo, em contraponto às da perspectiva comunitária. Para Trapé e Soares (2007) isso ainda traz uma contradição e pode camuflar os limites do serviço: nas ações “institucionais” ainda predominam as tarefas em que há fragmentação, com foco na doença, o objeto já viria construído e os ACS somente as executariam. E nas tarefas comunitárias, os ACS se colocam mais como “olhar da saúde na comunidade”, mas realizando ações mais de caráter messiânico, ou sendo o que “faz de tudo”, “tapa buracos”, “leva mensagens”.

Vemos que ainda a estruturação do serviço é pouco dialogada com os interesses do local, o ACS sente-se deslocado e é absorvido pela equipe. A profissionalização do ACS põe em questão a sua identidade como representação da comunidade: se já é um profissional da saúde, não necessariamente o fato de vir da comunidade continua sendo um fator para sua contratação. Por isso, a necessidade de valorizar a inserção dele enquanto comunidade e fazer com que no dia-a-dia apareçam essas vivências.

Vários autores e pesquisadores do tema em questão (Marques, Padilha, 2004; Mendonça, 2004; Nogueira, Silva, Ramos, 2000; Silva, Dalmaso, 2002; Trapé, Soares, 2007) discutem que o trabalho do ACS situa-se na interface intersetorial da saúde, ação social, educação e meio ambiente. Ele enfrenta em seu dia-a-dia situações que exigem habilidades para interagir com outros atores e mobilizá-los para uma ação integrada, “extra-muros”.

O PSF implantado em região urbana e periférica coloca para o profissional o desafio de elaborações de ações para esse espectro (Onocko Campos, 2005). Ações intersetoriais e de formação de redes de ajuda tornam-se relevantes e primordiais para o alcance de resoluções de situações cada vez mais complexas e multifatoriais que configuram a existência humana nesse contexto. Assim, o dilema em que se encontra o ACS é em delimitar, frente as questões que se apresentam nos casos clínicos que “surtem” no serviço, quais são suas atribuições, o que é da saúde resolver, e principalmente, como realizar o intersetorial.

A tensão entre o papel exercido e o lugar ocupado pelo ACS se mantém à medida que as formulações dos programas e serviços de saúde se propõem a um trabalho que englobe outras questões do processo de adoecimento e se esforce por entender a saúde

não só como inverso da doença. Nesse sentido, o ACS ganha centralidade na equipe, pois através de suas atividades, a equipe passa a conhecer o que acontece no território e com as famílias, sua história e outros fatores relacionados com o adoecimento e o modo de levar a vida das pessoas.

Observamos que há um conflito entre o que os ACS esperam aprender estando na função, o que dá certo status (a “linguagem biomédica”) e o que são chamados para responder no território, na maior parte das vezes, questões sociais, casos de violência ou relacionados à saúde mental. Temos a dificuldade de constituir uma pessoa que atue como generalista, com o objetivo e o subjetivo da existência, tensão existente em outras profissões da saúde, principalmente quando falamos de oferecer uma atenção básica à saúde. E ainda, a ação técnica ainda é valorizada quando pautada em procedimentos. Com isso, o que há é o inverso: a valorização do saber biomédico, a busca do status de pertencer à saúde e não mais ser da comunidade e assim, o ACS torna-se mais um encaminhador e com tarefas de leva e traz, já que seu saber é submetido ao técnico da saúde.

Parece que os conflitos a que estão relacionados os limites das atribuições dos ACS e os ‘tensionamentos’ de sua prática são oriundos desse lugar que o ACS ocupa dentro da instituição. Vemos que atualmente, algumas tarefas próprias do ACS já estão definidas e institucionalizadas como do seu núcleo de responsabilidades (Campos, 2003), como por exemplo, cadastramento, visitas relacionadas às atividades de vigilância e busca ativa de usuários. Outras atividades, que saem do programado e entram no subjetivo das relações, ainda estão em definição, até mesmo em discussão nas equipes do que é sua atribuição, se o ACS é capaz de realizá-las.

Falta a valorização de ações que são do campo do apoio social, dos saberes enquanto pessoa vivente, como ação técnica do ACS e não só do âmbito da caridade e boa vontade. Olhando com viés ‘profissional’ tais ações, deixa-se de considerar que o ACS faz isso somente por um perfil individual: sua função na atenção básica exige isso. O ACS tem inclinação para as atividades com os usuários, isso deve ser potencializado e aproveitado dentro do serviço. Não está no campo da ‘boa vontade’, mas do profissional. E por ser profissional, as informações, por exemplo, os dados sobre a história da família, acontecimentos e determinada dinâmica familiar, não entram como ‘notícia pela notícia’,

‘fofoca’, mas revelações feitas somente porque o ACS enquanto saúde, em princípio, teve oportunidade de entrar nessa casa.

Formação X Atribuições

Dados do Departamento Atenção Básica de 2004 (Brasil, 2004), apontam que aproximadamente 60% dos ACS possuem ensino médio completo ou incompleto²⁹, 22% ensino fundamental incompleto e 18% ensino fundamental completo. A formação técnica do ACS tem variado segundo cada local. Algumas regiões do país, em conjunto com os respectivos Pólos de Educação Permanente em Saúde, vêm oferecendo cursos preparatórios, porém o que vemos na prática, é que nem sempre os ACS iniciam na função com conhecimento do trabalho a ser desenvolvido.

Documento do Ministério da Saúde (Brasil, 1999) enfatiza a necessidade de que, face ao perfil e à atuação previstos do ACS, sejam adotadas formas abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implicaria em que programas de capacitação adotassem uma ação educativa crítica, pautada na realidade prática, assegurando domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções (Silva, Dalmaso, 2002). Mendonça (2004) ressalta que o ACS deve estar habilitado a identificar problemas na comunidade, bem como conhecer recursos necessários para sustentar sua ação e atuação em relação ao que é previsto, de forma criativa e autônoma. Ainda discute que as ações a serem desempenhadas pelos ACS transcendem o campo da saúde, pois requerem aprendizagem em múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Silva (2001) apontou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, saberes para as diferentes dimensões esperadas de seu trabalho, o que o faz recorrer a saberes do senso comum e da religião. Na ausência de um “saber instituído”, segundo Mendonça (2004), o ACS agiria em função de sua experiência de vida e de seu perfil social.

Em pesquisa, Lopes *et al.* (2007) fizeram uma discussão sobre a formação dos ACS para a identificação das problemáticas de grupos populacionais específicos como de saúde mental e deficiências. Ficou constatado que tal ação é limitada pelo fato do ACS

²⁹ Não há dados sobre a percentagem de ACS com somente ensino médio completo.

não estar sensibilizado para a questão, não conhecer que tais necessidades e demandas poderiam ser trabalhadas na atenção básica (e mesmo por não acharem que é de responsabilidade do serviço de saúde), ou não sentirem que existam ações efetivas dos profissionais do PSF voltadas para essas problemáticas de saúde.

Outra questão pontuada, nessa mesma pesquisa, foi que o trabalho considerado resolutivo pelos ACS fica restrito ao quanto conseguem encaminhar para outros serviços ou para a própria equipe resolver. Isto é importante para pensar o risco de reduzir o ACS a simples identificador e encaminhador e limitar sua potencialidade de trabalho. No estudo de Silva e Dalmaso (2002), diversos discursos dos entrevistados apontaram que a função dos ACS oscilava entre mensageiros e agentes reformadores. Em alguns momentos, teríamos as vivências pessoais que por si bastariam como experiência acumulada, em outros, a expectativa de “*domínios técnicos de certos procedimentos de saúde que seriam compostos com uma sabedoria prática tecida na e própria à vida comunitária*” (prefácio de Lilia Schraiber, In: Silva e Dalmaso, 2002, p.12).

Diante da formação, do treinamento e da capacitação existentes atualmente, torna-se relevante problematizar a hipótese de ocorrer limitações tanto no campo da discussão teórica e conceitual do trabalho do ACS, como no detalhamento de suas atribuições, não se aprofundando a discussão sobre ‘como’ realizá-los, a prática de trabalho. Parece haver lacunas na oferta de instrumentos e de como trabalhar com eles no cotidiano. A técnica de cadastro ou preenchimento de planilhas, por exemplo, acaba tendo um treinamento direcionado e facilitado por se ter um protocolo “mecânico” e preciso a seguir. Porém, há deficiência em orientar ao ACS sobre como operar as informações desse cadastro no cotidiano, e a partir daí, como formular ações e executá-las. Ao ACS é delegada a ação de educação em saúde, por exemplo, mas como a realiza? Qual o conceito de educação em saúde e o que se pretende fazer com tal ação? Muitos ACS relatam que não sabem fazer grupos ou não possuem saber técnico para ‘proliferarem’ palestras informativas. Tudo isto parece ser uma tarefa difícil ao ACS, talvez, além da complexidade inerente a estes procedimentos, pela insuficiência das capacitações oferecidas nesse sentido e espaços de análise do que é produzido.

Para executar tais ações, é importante a oportunidade de analisar qual é a concepção de sujeito, o objeto e objetivos pretendidos (Campos, 2003), para não

simplesmente o ACS ser um reproduzidor, um sujeito que copia práticas degradadas, mas crítico e que adicione reflexividade (Castoriadis, 1992; Campos, 2005), além da valorização de ações que são de seu núcleo de atuação.

A capacitação insuficiente de alguns agentes para estar na função leva a aprenderem *in loco*, com outros ACS, reproduzindo uma prática muitas vezes restrita, desgastada e não muito bem delineada. O que teria um lado positivo - o fortalecimento da rede dos ACS, do núcleo identitário a partir do aprendizado um com o outro - pode levar a fechá-los num grupo impotente de levar discussões para fora de si mesmo, ou de buscar apoio fora, com demais profissionais da equipe, ou ainda, de não questionar uma prática já institucionalizada, não colocá-la em análise para avaliação de seu grau de resolutividade e nem intervir sobre, no que concerne à atenção e cuidado em saúde. Eles tendem a permanecer, na maior parte das vezes, na expectativa de ordens gerenciais ou da equipe, quando não há espaço para discussão e análise sobre o que se deparam no dia-a-dia de trabalho, nas ações, principalmente nas visitas às famílias.

Concordo com Marques e Padilha (2004) quando dizem que “*deve haver uma recontextualização da formação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um ‘estoque de saberes’ para se transformar em ‘capacidade de ação diante acontecimentos’*” (p.349). A profissionalização deve ser entendida como aumento da autonomia intelectual, que envolveria o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de autoplanejar-se, de gerenciar seu tempo, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, incorporando o saber em três dimensões: *saber-conhecer*, *saber-ser*, *saber-fazer* (habilidades, conhecimentos, atitudes) (Marques e Padilha, 2004). Schraiber (1993) fala também que a autonomia deve se dar no âmbito da organização concreta do trabalho e das decisões. Nesse processo, então, a formação teria papel primordial atrelada à discussão de como o trabalho acontece, por exemplo, como é organizado, quais são as dificuldades cotidianas, como se dá o relacionamento em equipe, discussão das tarefas e papéis etc.

É importante diferenciar aqui o conteúdo de capacitações formais, que devem possuir um padrão mínimo de conhecimento, considerando o saber que *um ACS* deve possuir para realizar tais atribuições, do conteúdo de capacitações e formação em

trabalho, do que o ACS de tal território deve se apropriar e ter espaço para discutir e problematizar a partir de sua inserção no campo de trabalho. Os temas das capacitações dos ACS, sem negar sua importância e que são temas relevantes para o cuidado na área da saúde, até o presente momento, ainda se assemelham ao modelo “industrial” de ensino-aprendizagem, formatado e não incluindo temas relacionados à subjetividade, ao campo das relações e discussão de modos de vida. Ainda centram-se no aspecto clínico das doenças, enquanto o que os ACS encontram no território são famílias e pessoas vivendo precárias condições sociais, de violência, de saúde mental, de drogadicção e, perante isso, torna-se um desafio articular e lidar com essas questões no âmbito da saúde e como agentes. A prática predominante acaba sendo a relacionada à dengue, por exemplo, por envolver mais procedimentos, metas “palpáveis” e conhecimentos provenientes da capacitação que mais “encaixam” no que deve ser realizado.

Ou seja, os temas básicos deveriam ser adequados ao que é encontrado pelos ACS no cotidiano de trabalho. Que sejam revistos, frente à realidade que se coloca atualmente para o ACS, os casos acompanhados, as dificuldades encontradas, e que isso também possa se efetuar durante as práticas de trabalho, em formação continuada do ACS, em equipe e em serviço.

Atribuições e o trabalho em equipe

Entende-se que para o cumprimento das atribuições delegadas aos ACS, as capacitações deveriam contemplar as dimensões conceitual e instrumental, o trabalho do núcleo e o campo de responsabilidades dentro da equipe e do território. O saber, os instrumentos e formas de atuar deveriam ser desdobrados para a atividade cotidiana, preparando o sujeito para a prática. Campos (2003) sugere, a partir da idéia de Campo e Núcleo de saberes e práticas profissionais, que o trabalho em saúde configura-se também como uma intervenção social e está em uma esfera interdisciplinar, com interface com outros núcleos profissionais e diferentes atores, inclusive usuários dos serviços. Todos entrariam na composição de uma rede de intervenção, direcionada para a promoção do direito e da cidadania, buscando viabilizar aquilo que o sujeito deseja e necessita, ampliação de vivências e repertórios sócio-culturais para a vida.

Peduzzi (2001) discute que os trabalhos especializados se complementariam, como também seriam interdependentes, na construção de um 'produto único'. A partir do referencial habermasiano do agir comunicativo, para esta autora, é a partir das interações que os profissionais buscariam construir um projeto comum e pertinente às necessidades dos usuários. Observou que, à medida que o trabalho em equipe é construído efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, maiores são as possibilidades dos profissionais buscarem resoluções acerca das finalidades e maneiras de executar o trabalho proposto.

Se olharmos para algumas das atribuições aos ACS destacadas nesse texto, poderíamos dizer que são tarefas que permeiam o Campo de ação e responsabilidade de vários profissionais e não estariam exclusivamente no Núcleo dos ACS. Porém, o que vemos cotidianamente ainda nas práticas de saúde é uma pressão para que os ACS, exclusivamente, realizem tais tarefas, o que acabaria por retirar (ou afrouxar) do rol de atribuições de outros profissionais, havendo ainda, pouco espaço no dia-a-dia das equipes para discutir ações nesse sentido e como seriam desenvolvidas. Portanto, seria necessário olhar para o modelo de cuidado à saúde oferecido (e o que se quer oferecer) e qual é o entendimento e o conceito de equipe operante, para uma análise efetiva do trabalho em equipe e possibilidades de discussão sobre os modos de fazer saúde na prática.

Estar no território-além-do-espaco-físico e propor ações de saúde com base nele, implica em olhar para as relações de co-produção dos Sujeitos nele existentes e que suas necessidades serão satisfeitas nesse processo de compartilhamento. O ACS é considerado, por Nascimento e Corrêa (2007), como aquele que traz à tona na equipe a necessidade de incorporação de novos elementos à sua prática, a partir dos desconfortos vivenciados no cotidiano. Quando uma política pública nacional de saúde propõe que uma pessoa, no caso o ACS, esteja no território para olhar para o sócio-cultural da comunidade (Brasil, 2007), entendendo que é um fator importante do processo saúde-doença, abrem-se brechas para que isso apareça, e que, de alguma forma, devam ser encontrados caminhos para se trabalhar essas questões. O ACS incomoda porque traz algo de difícil, de complexa relação e intervenção, sendo o porta-voz dessas questões. Isso pode fazer com que ele se identifique mais com a equipe, como uma forma de se proteger de demandas excessivas ou de um campo de sofrimento, do contato com as

histórias de vida dos usuários, atrás do status de ser “da saúde”. O ACS é silenciado e silencia-se na equipe, pela dificuldade de se trabalhar com esses dados no cotidiano das práticas, que são do campo da subjetividade e do modo de vida que cada um bem pretende levar.

Por isso, a relevância de considerar a composição das necessidades de saúde na ótica dos profissionais, não só do ACS, dos sujeitos e dos outros fatores envolvidos (mídia, desejos, interesses, paradigmas vigentes, modelos sócio-econômicos hegemônicos). A composição do que vai ser ofertado e o que deve ser olhado em território deve ser um processo construído em equipe, juntamente com o usuário. Assim, podemos dizer que se constitui numa atribuição da equipe da atenção básica e não só do ACS, identificar necessidades, ficando mais fácil e claro o que se deve “procurar” no território, já que serão múltiplas vozes que as dirão e as trabalharão. Exige a formulação/ criação de outros dispositivos a serem criados pela equipe, que o ACS não tem abertura para disparar sozinho.

Para isso, é importante o compartilhamento e a construção conjunta do que é necessidade de saúde, do que a equipe vai produzir como oferta e como será a inserção dos usuários nesse processo demanda-oferta. Um processo de co-produção. Discussões da equipe, com implicação e envolvimento das pessoas, podem permitir que o ACS e os demais profissionais da atenção básica reconheçam gradualmente o objeto e finalidade de seu trabalho.

Bibliografia

Barros, Denise Dias; Ghirardi, Maria Isabel Garcez; Lopes, Roseli Esquerdo. Terapia Ocupacional Social. **Rev de Terapia Ocupacional da USP**, v. 13, n. 2. p.95-103, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. 1994. Acesso em janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM**. Aprovação das Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3.189**. Diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507**. Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde, subsídios para discussão**. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informações da Atenção Básica e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. 2007. In: Mendonça, Claunara S. **Suficiência e Insuficiência da Atenção Básica no Brasil: a Saúde da Família é uma política necessária e possível?** Apresentação oral no Seminário Os desafios da Atenção Básica no SUS, Campinas, 2007.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury, Sônia (org.). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. SP: Lemos Editorial, 1997. p.113-124.

_____. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese (livre-docência). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Campinas, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª.ed. SP: Hucitec, 2005.

Castel, Robert. Da Indigência à Exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, Antônio (org.). **Saúde e Loucura 4**. SP: Hucitec, 1995.

Castoriadis, Cornelius. **As encruzilhadas do labirinto III: O mundo fragmentado**. Trad. Rosa Maria Boaventura. RJ: Paz e Terra, 1992.

Elias, Paulo Eduardo; Ferreira, Clara Whitaker; Alves, Maria Cecília Góis; Cohn, Amélia; Kishima, Vanessa; Escrivão Jr., Álvaro; Gomes, Adriana; Bousquat, Aylene. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, Rio de Janeiro, jul./set, 2006.

Furlan, Paula Giovana. **Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde**. Campinas, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2008.

Lopes, Roseli Esquerdo; Malfitano, Ana Paula Serrata; Palma, Ariane Machado; Furlan, Paula Giovana; Brito, Eni Marçal. **Ações básicas de saúde e a construção do SUS: cidadania, direitos e políticas públicas**. Laboratório METUIA: Universidade Federal de São Carlos: CNPq: Ministério da Saúde. 2007, 247p.

Marques, Cláudia Silva; Padilha, Estela Maura. Contexto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n.2, 2004. p.345-352.

Mendonça, Maria Helena.Magalhães de. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2004; 2(2):353-365.

Nascimento, Elisabet Pereira Lelo; Corrêa, Carlos Roberto da Silveira. **O Agente Comunitário de Saúde: formação, inserção e práticas**. PUCC/ UNICAMP, mimeo, 2007.

Nogueira, Roberto Passos; Silva, Frederico Barbosa; Ramos, Zuleide do Valle. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. Textos para discussão 2000; IPEA nº 735. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.

Nunes, Mônica de Oliveira; Trad, Leny Bonfim; Almeida, Bethânia de Araújo; Homem, Carolina Ramos; Melo, Marise Cláudia. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Públ**, RJ, 18(6):1639-1646, 2002.

Oliveira, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2007.

Onocko Campos, Rosana. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 573-583, 2005.

Peduzzi, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, 35(1):103-9, 2001.

Pereira, Martha Priscila Bezerra; Barcellos, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2(2):47-55, jun 2006.

Santos, Milton. **A natureza do espaço - técnica e tempo, razão e emoção**. SP: EdUsp, 2002.

Santos, Nelson Rodrigues dos. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do 'Modelo SUS'?. **Saúde em debate**, RJ, v8, n68, p279-288, 2004.

Schraiber, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. SP: Hucitec, 1993.

Silva, Joana Azevedo da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo, 2001. Tese (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

_____.; Dalmaso, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. RJ: Ed. Fiocruz, 2002.

Silveira, Lidia Tobias. **Construindo indicadores e escutando "ruídos": uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado: o Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF)**. Campinas, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2003.

Trapé, Carla Andrea; Soares, Cássia Baldini. Educative practice of Community Health Agents analyzed through the category of praxis. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(1): 142-9, 2007.

O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DE APOIADOR INSTITUCIONAL

EM FORTALEZA – CEARÁ

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos
Juliana Araújo de Medeiros
Maria Elisabeth Sousa Amaral
Rosane de Lucca Maerchner

INTRODUÇÃO:

Este trabalho teve início no Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com Ênfase na Atenção Básica, um convênio de colaboração entre a Universidade de Campinas (Unicamp) e a Prefeitura de Fortaleza que ocorreu em 2007, no município de Fortaleza. Desenvolveu-se a partir do Projeto de Intervenção, proposto pelo programa do referido curso. As autoras desse relato eram, ao mesmo tempo, alunas do curso e detinham funções de direção no governo municipal. Deveriam realizar o Projeto de Intervenção valendo-se da metodologia do Apoio Institucional. Esse método pressupõe ‘fazer junto com as Equipes’, desde a discussão do questionário de "avaliação compartilhada" (GAMA, 2007), no intuito de obter um diagnóstico situacional em sete Centros de Saúde da Família (CSF), todas integradas ao SUS, até o Apoio Institucional aos profissionais das equipes, nas Rodas de Gestão de cada Unidade, para que definissem as metas e ações a serem implementadas. Seu objetivo foi favorecer a discussão do processo de trabalho das equipes dos CSF da Secretaria Executiva Regional VI – SER VI.

O método utilizado proporciona a construção de espaços coletivos de diálogo, de análises críticas, através da participação reflexiva, com amplas discussões, definições de contratos e ações para o coletivo que levem à implantação de mudanças com vistas a alcançar resultados e o crescimento individual e coletivo dos profissionais. Proporciona

ainda, o empoderamento dos sujeitos e a democratização do poder, através de decisões conjuntas (CAMPOS, 2000).

Este trabalho aconteceu nas Rodas de Gestão das Unidades. Trazendo a visão de uma roda que gira sobre um eixo, cabe a pergunta: pode uma roda girar num *continuum* sem um eixo? Não perderá ela velocidade e direção? Conseguirá manter-se apumada sem cair pela ausência do eixo? O que é mais importante: a roda ou o eixo? Ou são duas figuras interdependentes que se precisam mutuamente para cumprir sua vocação de girar? O eixo sem a roda não vai a lugar nenhum e a roda sem o eixo não tem rumo. Portanto, as figuras do eixo (apoio) e da roda (roda de gestão) traduzem o que foi este trabalho. O exercício ora atento, ora obscuro, ora leve, ora difícil, de construir de forma conjunta um novo jeito de fazer gestão, onde todos tiveram um papel ímpar, foi o que deu vida e forma a este trabalho.

Todos os processos acima giraram e, a cada volta, ganharam um pouco mais de tónus, vigor, força, mas, como não eram mágicos, precisaram ser cuidados, alimentados e fortalecidos. Não foram processos acabados nem, tampouco, nasceram apenas pelo beneplácito deste projeto de intervenção. Estavam lá, latentes, prenes, em cada trabalhador de saúde e, assim que se moveram e giraram, acordaram outros sujeitos igualmente imprescindíveis a todo este processo.

Este trabalho é, portanto, um relato desta experiência. Os desdobramentos dele são conseqüências do fortalecimento das Rodas e de seus atores.

DESENVOLVENDO O PAPEL DE APOIADOR INSTITUCIONAL

Contextualizando...

A cidade de Fortaleza é hoje a quarta maior cidade do país, apresentando uma população estimada em 2.458.545 habitantes (IBGE 2007). O município está dividido em seis regiões administrativas denominadas Secretarias Executivas Regionais – SER, que desempenham o papel executivo das políticas setoriais, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando serviços articulados em uma rede de proteção social. Cada SER funciona com cinco Distritos (Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infra-Estrutura), além do Departamento Administrativo-Financeiro e Assessorias Jurídica, de Comunicação e de Planejamento. (FORTALEZA, 2007a).

A SER VI, compreende 27 bairros e seu Índice de Desenvolvimento Humano, conforme a Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento (SEPLA) está entre médio (0,466 – 0,696), em 12 bairros, e baixo (0,338 – 0,446). Em 15 bairros. Caracteriza-se por ser uma área de muita complexidade, não somente pelo tamanho de seu território, que corresponde a 40.2% da área do Município de Fortaleza (CE) com uma população de 500.806 habitantes (FORTALEZA, 2007b), mas também pela diversidade socioeconômica existente, apresentando locais com características sociais elevadas, com condomínios de luxo e escolas privadas, confrontados com áreas de habitações precárias, ao redor de lagoas e rios, constituindo-se áreas de risco, além de habitacionais subnormais e favelas.

A Rede Assistencial existente é composta por 19 Centros de Saúde da Família (CSF), que contam com 70 equipes de saúde da família cobrindo 42% da população, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral e CAPS Álcool e Drogas), sendo um para transtornos mentais gerais e outro destinado ao atendimento de pessoas em situação de

dependência química, uma Oca Terapêutica e Comunitária, que se constitui dispositivo entre a atenção básica e a saúde mental, dois hospitais municipais, dois hospitais estaduais e um hospital sem fins lucrativos.

Os sete CSF envolvidos nesse trabalho apresentavam características diversas e próprias de cada local. Apenas três trabalhavam exclusivamente na lógica da Estratégia de Saúde da Família – ESF e apenas um deles tinha a cobertura total da população adscrita. Os demais eram compostos, além das equipes de saúde da família, por profissionais com carga horária de 20 horas semanais, com diferentes vínculos, trabalhando dentro do paradigma de queixa-conduta, com demanda espontânea, sem planejamento e avaliação de suas ações. No decorrer do processo de intervenção houve modificação no processo de trabalho de algumas Unidades, integrando estes profissionais como apoiadores matriciais da própria Unidade e/ou da regional como um todo.

Como tudo começou...

O processo de Apoio Institucional³⁰ iniciou-se com a participação das apoiadoras nas Rodas de Gestão dos CSF, a fim de compartilhar e problematizar a análise do questionário "diagnóstico compartilhado", como instrumento que possibilitasse a leitura da realidade local, para se definir, coletivamente, o Projeto de Intervenção - PI. Para isto, foi necessário discutir com as equipes que o PI era uma tarefa do Curso, porém algo a ser construído pelas equipes, dando significado ao seu trabalho e passando a constituir-se, doravante, um novo jeito de construir a co-gestão.

³⁰ Segundo Gastão Wagner, o Apoiador Institucional desempenha funções de ajuda às equipes, na gestão e organização de seus processos de trabalho. O método Paidéia opera com o conceito ampliado de gestão: função gerencial, política, pedagógica e 'terapêutica'. Os apoiadores institucionais, ao contrário da tradição 'das assessorias', trabalham nas equipes ou nas Unidades de produção, ajudando-as com a construção de Espaços Coletivos onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção.

Em cada CSF, o processo se deu de maneira singular, tanto no que diz respeito às características das apoiadoras, quanto na formação de cada equipe, embora existisse um arcabouço teórico como base para atuação.

A presença das apoiadoras nas Rodas de Gestão era algo novo também para as equipes, que não compreendiam ao certo o que, de fato, significava a expressão ‘Apoiadoras Institucionais’, nem se tinha clareza suficiente de como se desenvolveria o trabalho. Não houve uma formação específica para o desenvolvimento do Apoio Institucional, além do Curso de Especialização em Gestão, por isso apostou-se na possibilidade de se crescer e aprender juntos, sabendo, contudo, das limitações e dificuldades que adviriam. Esta suposta adversidade tornou-se um estímulo para enfrentar o desafio.

A discussão sobre o papel de apoiador foi de fundamental importância para esclarecer o objetivo da intervenção, mas a construção do espaço de confiança, abertura e diálogo ocorreram ao longo do tempo, afinal as apoiadoras não eram agentes externos, isentos, inodoros, pois ocupavam cargos de gerência: Chefia de Distrito de Saúde, Chefia da Atenção Básica, Coordenação da Saúde Bucal (todas da SER VI) e Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Tanto o grupo apoiado sentia necessidades de respostas, como havia certa obrigação de nossa parte em responder: **‘construindo o novo modelo dentro do velho’**.

O exercício dialético de transmutação destas funções para o papel de ‘apoiadoras isentas’ constituía um desafio. Até que ponto não haveria intercâmbio de influência entre uma posição e outra? Houve, de certo, um esforço honesto do apoio *per si*, e pôde-se atestar isto, em etapas posteriores do processo, quando declarações das equipes apoiadas

expressaram a liberdade de ser e estar na Roda, sem a certeza do controle, confirmando que houvera a construção de credibilidade na autonomia daquele espaço, como lócus de confiança e construção de novos sujeitos.

Construindo o caminho...

O desenrolar das ações aconteceu principalmente, nas Rodas de Gestão dos CSFs, dando-se ênfase ao seu funcionamento, aos atores ali envolvidos, aos presentes e presentes ausentes (silentes), à sua dinâmica e aos problemas identificados nas múltiplas falas, nos desconfortos, nos conflitos e na aparente estagnação.

Somente a partir deste aporte às Rodas das Unidades, traduzido como Apoio Institucional, foi que se evidenciou, para todos os atores, suas condições de sujeitos de todos os processos. Este convencimento - tomar para si os problemas e encará-los - não se daria sem a percepção clara de que todos na Roda teriam uma contribuição, uma fala e uma responsabilidade sobre qualquer processo que, dentro da Unidade, viesse a ser deflagrado.

As discussões fluíam mais facilmente quando havia empenho, abertura e receptividade por parte dos coordenadores das Unidades, pois a figura do gestor tem um peso e importância dentro de qualquer Unidade de produção. Verificou-se que o trabalho de co-gestão fluía melhor quando o coordenador do CSF tinha uma condução que se alinhava às demandas dos novos tempos: uma relevante formação técnica, seja em gerência ou em saúde; atenção para discernir o que fazer nos momentos de confronto grupal; ser agente de mudanças; oferecer suporte, dando limites quando necessário; e suportar o exercício da função, com tudo o que lhe é próprio. O processo gerencial hegemônico, tradicional, centralizador, no qual, o poder de mando sobre o outro é

evidente, não favorece a construção da co-gestão, assim como a ausência de coordenação também é prejudicial. O desafio de gestão de uma Unidade não é tarefa fácil para ninguém, porém uma postura dialógica, dentro de um processo democrático, com direção e firmeza, fazem-se condição *sine qua non* para envolver o conjunto dos profissionais (ONOCKO CAMPOS, 2000).

Ao papel de alunas-apoiadoras estava inerente o aprender fazendo e fazer aprendendo, ou seja, *ofertar experimentando* (leitura de textos, problematizações, divisão em grupos para desenvolver análise de um tema, etc.). Inerente a esse papel também era a criação de espaços de discussão e reflexão, para que dificuldades e potencialidades fossem percebidas, tanto pelas alunas como pelas equipes dos CSF, reconhecendo os próprios limites, os sentimentos desagradáveis, lidando com as (in)capacidades e solicitando apoio de tutores e de profissionais, como o preceptor de território. Também tínhamos que apoiar os grupos, de maneira que favorecêssemos a construção de objetos de investimento, com significados, compromisso e contratos, e estimulá-los a descobrirem seu próprio potencial, dentro de uma estrutura repleta de micro-poderes e sentimentos diversos (medo, angústia, insegurança do não saber, dificuldades de lidar com grupos, entre outros), pessoas com experiências distintas e com maior ou menor comprometimento com o SUS.

A cada roda vivenciada pôde-se perceber o quanto é importante o apoio de uma pessoa externa. É nítida a dificuldade nos coletivos isolados em pensar e agir, em refletir sobre a sua prática. No desenvolvimento das ações houve uma crescente participação e envolvimento do grupo, reflexão e análise dos processos de trabalho, conseguindo enxergar alguns entraves e propor novas soluções – *adesão do grupo*.

Campos (2000), na sua crítica ao Taylorismo, que opera com a separação entre o pensar e o agir, retirando autonomia criativa ao momento da prática, diz o seguinte:

“Em Política, ou mesmo na ação institucional, verifica-se o mesmo dilaceramento. Imagina-se que a elaboração de planos ou de projetos, o mais realista possível (ou seja, o mais objetivo possível) tornaria o governo mais eficaz e eficiente. No entanto, uma vez elaborados esses planos e adotados prioridades e métodos de operação, verifica-se que sufocam o dinamismo e ignoram os imprevistos da prática, dificultando a ação concreta dos Sujeitos (...). As Teorias funcionariam tanto como guia e apoio do agir concreto, quanto como prisões que indicariam os limites dentro dos quais se poderia proceder com segurança e responsabilidade” (CAMPOS, 2000, p. 171).

Sabemos que a grande maioria dos trabalhadores nem sempre vivencia, no cotidiano das suas experiências institucionais, espaços democráticos de atuação, tanto na sua formação acadêmica - tradicional (modelo Taylorista) - como nos locais de trabalho. Alguns coordenadores sentiam-se constrangidos pela intervenção, em seu “gueto”, dos apoiadores "externos", demonstrando sentimentos de impotência, de ataque e de defesa.

A lógica gerencial tradicional não oferece espaços de reflexão, construção coletiva e, muito menos, de expressão da subjetividade, instituindo uma hierarquia de poder verticalizada, com uma distância entre os envolvidos (CAMPOS, 2000). O método da Roda procura romper com esta tradição, proporcionando mecanismos de manifestação de desejos, subjetividades e buscando a co-construção da autonomia dos sujeitos envolvidos em um Coletivo.

Uma das funções do apoiador Paidéia³¹ (CAMPOS, 2007) é de tentar quebrar resistências e inseguranças, estimulando espaços dialógicos para ampliar a capacidade

³¹ O método Paidéia opera com o conceito ampliado de Gestão: função gerencial, política, pedagógica e ‘terapêutica’. Segundo Gastão, todo texto é um sistema ordenado de signos (sinais e sintomas)...

das pessoas de lidar com o poder, com a circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando e cumprindo tarefas (ONOCKO CAMPOS, 2003). Essa é uma grande experiência, tanto para o apoiador quanto para o grupo.

Experimentando a realidade das equipes...

Chegando às sete Unidades de Saúde, as apoiadoras surpreenderam-se pela diversidade das situações vivenciadas, tanto a partir da realidade local, quanto dos grupos participantes. A riqueza do processo não se traduz em palavras, pois elas são sempre insuficientes, mas certamente legou a todos um grande aprendizado, possibilitando um crescimento pessoal, profissional, grupal e coletivo no âmbito da gestão e da atenção à saúde.

A tarefa inicial – discussão do questionário e avaliação compartilhada, para análise da realidade local – era uma das poucas certezas que se tinha, diante de inúmeras dúvidas, próprias de uma construção coletiva. O questionário foi um instrumento que favoreceu a aproximação, das equipes entre si, de todas as equipes na Roda e das equipes com as apoiadoras.

Em uma das Unidades, no entanto, não foi possível discutir o questionário-diagnóstico logo no início. Fazer, então, o quê, neste momento? Escutar o grupo, entendendo o motivo da impossibilidade. O grupo apresentava uma grande inquietação sobre a segurança na Unidade, por estar situada em área de risco agudo devido à

Documentos, observação e registro de práticas, falas. Tudo isso enriquece bastante o Texto a ser analisado e interpretado.

violência urbana. Havia um clima de desestímulo. Constatou-se que um dos papéis do apoiador é estar atento às necessidades do grupo. Naquele momento, intuitivamente, o assunto “questionário” foi deixado de lado e optou-se em escutar as angústias, na tentativa de criar um ambiente de confiança e solidariedade. Não houve respostas para o tema da segurança, apareceu ainda uma confusão no papel de gerente x apoiadora, mas o encontro foi encerrado com uma sensação de que fora feito o que era possível.

Em alguns momentos, os grupos necessitavam refletir sobre outro tema que não o proposto pela coordenação, juntamente com as apoiadoras. O uso do bom senso foi necessário para fazer a “escuta”, criando um ambiente de confiança. O importante era ampliar a resolutividade da Unidade, com um ambiente saudável nas relações interpessoais: profissional-profissional, profissional-coordenação, profissional-usuário, coordenação-usuário.

Outra grande angústia, trazida pelo coletivo, era a demanda excessiva, o que, no dizer deles, impedia a realização da proposta de Saúde da Família, dificultando a construção de vínculo, clínica ampliada, pois não conseguiam atender à sua área adscrita. Em geral, o discurso das equipes revelava um sentimento de culpabilização da população, muitas vezes não percebendo que é o modo de atuar, e as condições para tal, que provoca este tipo de conduta. Em suas falas aparecem frases do tipo: “*Não estamos fazendo PSF*”; estamos sendo “*engolidos pela demanda*”; “*os usuários vivem nas Unidades*”; “*só querem remédios!*”; “*essa comunidade é muito perigosa!*”; “*a Unidade não tem segurança!*”. Nitidamente existia uma grande distância entre a equipe e a comunidade.

Outro aspecto percebido foi que muitos profissionais não sentiam qualquer responsabilidade pela gerência de alguns pequenos problemas administrativos da

Unidade, tomando tudo como sendo de responsabilidade da coordenação: *“tudo tem que estar no lugar, limpo, seguro. Eu só vou lá, atendo e vou embora”*.

Em um dos CSF, a sugestão oferecida à coordenação foi a de que pensasse na possibilidade da criação de um Colegiado Gestor, devido à complexidade da Unidade, com seis equipes, com curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade, três dentistas e todo o pessoal de apoio (Auxiliar de Consultório Dentário - ACD, Agente Comunitário de Saúde - ACS, Agentes Administrativos, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar de Limpeza, Zelador).

Em outra Unidade de Saúde, observou-se uma cultura gerencial hegemônica, tradicional, com grande centralização da gestão. O grupo, porém, quando discutiu qual seria o projeto de intervenção, não estava ainda fortalecido em sua grupalidade (ONOCKO CAMPOS, 2003): escolheu uma dificuldade que, embora incomodasse às cinco equipes de saúde da família, não conseguiu superá-la sozinho, necessitando de apoio externo para tal. Talvez o projeto de intervenção desta Unidade possa ter sido entendido pela coordenação da Unidade, como uma ingerência, uma imposição da gestão e do grupo, devido à cultura e formação gerencial da mesma. O grupo escolheu reorganizar o serviço com a implementação do Acolhimento por equipe, uma vez em que nesta Unidade havia 100% de cobertura das equipes de saúde da família.

Discutiu-se as etapas do processo, ficando cada equipe responsável por elaborar, a partir da realidade de cada uma, o planejamento da implementação do Acolhimento: elaboração do fluxograma analisador; oficina para discussão do Acolhimento; organização das agendas; discussão com a população sobre a nova forma de atuação em saúde, etc.

Após o início da implementação do Acolhimento pôde-se ouvir, nas falas dos usuários e dos profissionais, que o Acolhimento ofereceu uma melhor vinculação com os usuários, um atendimento com qualidade e possibilidades de realização de outras atividades próprias das equipes de saúde da família. Porém, no dia-a-dia, continuavam com um incômodo, com uma dificuldade latente, somente manifesta após a reorganização do serviço. Este incômodo era a avaliação que faziam da gestão, considerando-a autoritária e centralizadora, uma dificuldade da chefia em dialogar com o grupo. Foram feitas diversas tentativas, respeitando sempre a demanda do grupo, para trabalhar esta questão com a coordenação, em rodas menores, em pequenos grupos, não se obtendo o resultado necessário, no que diz respeito à forma de gerenciar, de maneira que a Unidade pudesse ter um ambiente favorável ao trabalho em equipe. Talvez, em um futuro próximo, se consiga implantar o colegiado gestor nesta Unidade.

Em outra Unidade, o processo aconteceu de maneira inversa, devido a atuação democrática do coordenador. Houve diversos temas sugeridos a serem trabalhados no Projeto de intervenção: projetos terapêuticos singulares, relacionamento interpessoal, apoio matricial e Rodas de Gestão. O grupo, percebendo o potencial da metodologia das Rodas, decidiu escolher a reestruturação das Rodas de Gestão da Unidade, pois poderiam trabalhar todos estes temas nas próprias Rodas. A equipe conseguiu avançar bastante, pois, atrelada à metodologia das Rodas de Gestão, a forma de gerenciar da coordenação permitiu o empoderamento dos profissionais, gerando autonomia, construindo contratos, possibilitando interação e troca de afetos, respeitando o ritmo do grupo e às subjetividades, enfim, fortalecendo a grupalidade das equipes da Unidade.

Numa outra Unidade, o mesmo desenvolvimento não se deu, havendo entraves de ambas as partes: apoiador-grupo. Um grupo para expressar a sua subjetividade e criatividade necessita de espaço e estímulo para tal. A qualificação desses espaços, segundo Rosana Onocko (2003), precisa de um lugar e tempo, suporte e manejo. As ofertas poderão desempenhar papel ora de suporte, ora de manejo, e será preciso alguém que se responsabilize pelo exercício dessas funções, nesse caso, o apoiador e a coordenação. Refletimos novamente sobre o papel que a gerência tem de aceitar o novo e transformar o velho. Há um grande potencial no grupo, porém todos se apegam às faltas, às carências (de médicos e de ACS, por exemplo), sem conseguir o desenvolvimento das potencialidades existentes.

O processo de Apoio Institucional, em outra Unidade, ocorreu antes da inclusão das alunas-apoiadoras. A coordenadora já havia iniciado a aplicação do questionário, embora a compreensão do mesmo ainda não estivesse clara, como instrumento diagnóstico para projeto de intervenção das equipes. Os profissionais pensavam que estavam colaborando para que a Coordenadora da Unidade, e as demais apoiadoras, pudessem utilizar o recurso do diagnóstico para um trabalho de conclusão de curso, de forma individual. Esta postura comprometeria todo o trabalho não fossem logo dirimidas as questões que levaram aos profissionais a pensarem assim.

Com os dados do questionário consolidados, o grupo escolheu dois problemas a serem analisados: a livre demanda da Unidade e o Acolhimento. Estes foram identificados por eles como a origem de todos os problemas desencadeados na Unidade. Somente então é que se começou a pensar: “*o que fazer?*” Foi sugerido que tirassem uma pequena comissão para observar por uma semana o volume e as características da

demanda. Com isto conseguiriam ter um levantamento, o mais aproximado possível, do número de pedidos de atendimento, para poderem, a partir daí, pensar numa estratégia que ajudasse a organizar essa demanda que, em suas falas, era ‘esmagadora’.

As equipes desenvolveram um instrumento para contabilizar a demanda diária. Os resultados foram surpreendentes. Os números superaram o que supostamente se imaginava. O resultado foi um atendimento médio de 560 usuários por dia. Alguns profissionais revelaram uma grande angústia, diante de sua impotência frente a problemas tão complexos. Persistia, aí, a questão dos processos de trabalho. Uma dificuldade em ter uma direção clara.

Para além do relatado, havia uma questão de fundo a ser encaminhada. Não existe um processo de auto-gestão. Talvez um dia se chegue lá, após a vivência da co-gestão. Se isto acontecer será fruto de um longo processo de amadurecimento da gestão em saúde. Portanto, a figura do gestor é essencial para que as equipes consigam atingir seus objetivos, melhorando a assistência aos usuários, prevenindo doenças e, enfim, produzindo saúde. Assim, não por responsabilidade da gestão da Unidade em si, mas, por um conjunto de fatores, a tentativa de mudança do projeto desta Unidade foi proposta pelas apoiadoras e aceita com a aquiescência da coordenação.

A maturação deste processo foi coletiva e explicitado nas Rodas de diferentes formas. Na condição de apoiadoras do processo se fez uma análise reflexiva a partir da

“escuta que acumula evidências que permitem o reconhecimento de paradoxos, contradições e de conflitos (...) construindo bases para o questionamento da legitimidade do instituído. A composição de um Texto com essas características, em geral, implica que ele foi redigido por diversas mãos, segundo demandas dos

Coletivos e oferecimento de agentes externos”
(CAMPOS, p. 199, 2007).

Ou seja, houve a combinação da percepção das apoiadoras e os insumos (posturas, falas, signos) trazidos pelas equipes que corroboravam para esta decisão.

Assim, foi promovida uma Roda na Unidade, na qual a coordenação foi substituída. Foi realizada uma transição tranqüila, elegante, ética e, principalmente, dialogada. A ex-coordenadora da Unidade surpreendeu, revelando um espírito público e de cooperação raro de se ver. Sua postura foi edificante para todos. Em seguida, assumiu outra função em outro espaço de saúde do território, onde tem dado grande contribuição, de maneira bastante efetiva e atuante, o que reforça a idéia de que todos têm uma contribuição ímpar a dar. Ficou também o aprendizado de que a Roda gira para formar novos sujeitos em outros lugares também, que deve ser um lugar de ofertas, de possibilidades outras, às vezes impensáveis, mas que sempre ressurge a partir de uma escuta sensível e de busca de alternativas.

Refletindo sobre a prática cotidiana, do lugar em que se ocupa...

As Equipes de Saúde da Família estão implantadas. Urge fazê-las funcionar como tal. A Estratégia de Saúde da Família neste município é recente, com cobertura insuficiente. Os profissionais recém-concursados esperavam encontrar em Fortaleza um Programa de Saúde da Família “pronto”, como se fosse uma receita. A realidade urbana é complexa, porém impele todos a um novo pensar e um novo fazer.

Os investimentos nesta área, no município de Fortaleza, chegaram com um pouco de atraso, numa área extremamente delicada, eivada de sofrimentos e dores a serem aliviadas. Equipes novas ainda tateando seu espaço dentro da estrutura da Unidade, que

comportava também profissionais com diferentes orientações teórico-práticas. Some-se, a esta complexidade, uma população de usuários com problemas extremamente desafiadores, tanto no que concerne ao seu tamanho, às questões de assistência à saúde em si, bem como aos determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que incidem sobre seu processo saúde/doença.

Gestores e trabalhadores em saúde têm que aprender a administrar diferenças. As equipes da ESF foram admitidas e não tiveram entrosamento e nenhum preparo anterior para trabalhar em grupo. Enfrentaram o novo, tendo que se responsabilizar por uma grande área de abrangência, sem as condições necessárias. Mesmo assim, foram fazendo e experimentando, muitas vezes, cada um do seu jeito e com sua visão sobre o que são equipes e produção de saúde. Várias Unidades apresentavam um sistema de trabalho voltado para queixa-conduta, atendendo demanda espontânea. Tiveram que, sem muito planejamento, iniciar outra lógica de atendimento, voltada para a promoção, com vínculo e responsabilização, apresentando propostas para a comunidade de trabalho em grupos, acompanhamentos e visitas domiciliares, se deparando com uma total falta de conhecimento dessa comunidade sobre o que é saúde da família e, muitas vezes, com o desconhecimento do próprio conjunto de trabalhadores da Unidade.

A compreensão do que é ser e/ou estar ‘engolido’ por uma demanda sem rosto, nome, sobrenome, sem vínculo, levava à despersonalização de processos e à alienação do trabalho. Isto parecia evidente e era relatado exaustivamente por algumas equipes que se fragmentavam internamente, jogando para fora sua descrença num processo que se iniciara há apenas um ano.

A participação coletiva, a partir da experiência do exercício da co-gestão, vem possibilitando a construção da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, cidade metrópole com inúmeros desafios a serem enfrentados, com diversas comunidades periféricas tidas como “perigosas”, com brigas de gangues, onde as equipes têm que conviver com a pobreza extrema e com as dificuldades inerentes ao “território vivo”.

Estes aspectos

(...) remetem-nos ao desafio de repensar a prática clínica hegemônica reconhecendo suas limitações, seu caráter ritualesco e medicalizante e seu papel na manutenção do status quo (...). Julgamos, igualmente, ser necessário questionar as noções sobre o processo saúde/doença, que absolutizam o conhecimento positivo da autonomia, da fisiologia e da patologia e (ou) o formalismo quantitativo da estatística, propiciando a idolatria dos meios e das formas, desligados dos fins, dos resultados e dos conteúdos das práticas sanitárias e que deixam em segundo plano as possibilidades de minorar o sofrimento e as doenças (CARVALHO & CUNHA, 2006, p.843).

No caos aparente da ESF havia a esperança da construção de certo ordenamento, incipiente e difuso, mas latente nas equipes. Porém, as equipes por si só não conseguiriam transformar uma realidade sem apoio da gestão e sem a reorganização do processo de trabalho da gestão a nível central (SER/SMS).

Com o desenvolver do curso, das leituras e de muitas rodas de conversas realizadas, aumentaram as inquietações sobre a organização da atenção básica do Distrito de Saúde da SER VI e sua função junto às Unidades. A organização existente é arcaica e fragmentada, baseada nas ‘caixinhas’ dos Programas. Como mudá-la? Como transformar as Rodas das Unidades, quando a Roda de Gestão da Regional traduz também a

fragmentação do cuidado e é burocratizada, seguindo, em muitos casos, fluxos e comandos externos? O cansaço da rotina nas Unidades de saúde manifestava-se em apatia e dispersão nas Rodas. Eram necessárias a inclusão de algumas atitudes para estimular transformação. Um grande desafio!

O apoio da preceptoria de território e a proposta de um processo de avaliação – ressignificação – da Roda, em local agradável, fora do ambiente da Regional foram aceitos pela equipe da mesma. Foi organizado, então, um encontro num parque público com dinâmica grupal e um bom lanche, em que participaram Distrito de Saúde, Atenção Básica, Coordenadores das Unidades e Apoiadores Institucionais. A expectativa era criar um ambiente agradável para facilitar a análise desses encontros, olhando as lacunas e potencialidades, compartilhando as diferentes visões e propondo novos movimentos. No final, os coordenadores apresentaram as discussões dos grupos sobre as potencialidades da Roda, os limites e as sugestões. Em outro momento, foi realizada a sistematização das sugestões com a construção de contratos consensuais, tais como: acordo de convivência (pontualidade), mudança do dia e horário da Roda, celular no silencioso e em um local específico, descentralização da coordenação da Roda com definição de cuidadores (dois coordenadores e um técnico da regional), definição de realização de “Roda fora” trimestralmente e em local agradável, garantia de espaços de socialização de experiências, problemas, situações-limites, estudo no sentido de compartilhar saberes, definição de novos dispositivos/arranjos de atuação junto às Unidades, possibilitando a democratização das pautas.

Essa movimentação pôde fortalecer a equipe a superar medos, a ampliar o conhecimento uns dos outros e a fortalecer a co-gestão, muito embora, para que haja

mudança no processo de trabalho torna-se necessário um equilíbrio nas relações de poder, possibilitando descentralizações das decisões, gerando autonomia e evitando a fragmentação.

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas o importante é que se está construindo espaços de escuta e de ofertas de temas entre os gestores, os trabalhadores e os usuários, espaços que estão evidenciando inquietações que podem ser transformadas em ações de protagonismo e crescimento individual e coletivo – **acompanhamento dos processos** (outra função do Apoiador Institucional). Conseqüentemente, a oferta desses espaços de escuta transformou as relações de poder existentes, não só o poder institucional, mas o poder dos ditos saberes científicos e de classe.

Como diz Campos (2000), o fazer reflexivo é, muitas vezes, um modo eficaz para quebrar as resistências e inseguranças que o dialogo teórico jamais resolveria. Vive-se isso no dia a dia. O objetivo é aumentar a autonomia e o protagonismo dos técnicos, ampliando e potencializando as suas ações, aproximando-os da função de Apoiador Especializado Matricial:

“Matriz: traz a idéia de um lugar onde coisas são geradas, ou seja, um saber externo potencializando, questionando e se compondo com o saber local, para produzir, dentro do espaço coletivo, novos saberes, novos modos de fazer as coisas” (CAMPOS, 2000, p. 164).

O importante agora é o cuidado com todos esses processos e análise do impacto que terão nas redes assistenciais da regional ao longo do tempo. Vale ressaltar que o processo de crescimento e amadurecimento vivenciado no curso, proporcionou uma experiência reflexiva e prática, totalmente replicável. Qualquer gestão deve ter um apoio

continuado, pois muito ainda se tem a aprender e realizar para consolidar o método. Porém, deve-se “agir conforme a possibilidade, não esperando o grande dia porque ele nunca chegará, jamais” (CAMPOS, 2000).

ANALISANDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PAPEL DE APOIADOR INSTITUCIONAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Todo barco precisa ter direção e carta de navegação, ou correrá o perigo de se jogar contra rochedos, chegar num lugar não planejado, enfrentar tempestades que poderiam ser evitadas ou até precipitar-se, levando todos que estão a bordo ao naufrágio. Esta é a essência da gestão e se aplica a quase tudo na vida.

Na saúde, por analogia, remamos em meio a águas turvas. Basta apenas ler o contexto nacional mais recente para se ter idéia da dimensão dos problemas, mas também das inúmeras potencialidades que, muitas vezes, estão adormecidas e que jamais ocupam lugar na mídia, precisando ser convocadas quando se tem um projeto claro.

O método da Roda, através da co-gestão, tenta apoiar o parto desta grande potência que se espalha por todos os lados. É preciso consolidá-lo e aprimorá-lo na gestão, juntamente com o Apoio Institucional.

Apoiar alguém significa favorecer o outro a traçar seu caminho, dando sustentáculo ao seu desenvolvimento e construção de sua autonomia. A relação entre o apoiador e a pessoa que está sendo apoiada acontece como uma via de mão dupla, na qual há solidariedade, troca de experiência, encontro de saberes e subjetividades, conexões e influências diversas do contexto em que se está atuando e das pessoas que estão em

interação. Um é modificado pelo outro, que, por sua vez, promove transformações em si mesmo e em seu meio.

Ser Apoiador Institucional é permitir transformar-se e ofertar-se ao outro, disponibilizando ferramentas que possibilitem, ao grupo, a construção de um determinado direcionamento, baseado nas políticas propostas pela gestão. Porém, o desenvolvimento desse papel só é possível em uma gestão democrática, na qual se acredita no potencial dos atores envolvidos, oferecendo oportunidades para um crescer contínuo. Em uma gestão autoritária, as definições estão prontas, determinadas, devendo ser seguidas, com interesses unilaterais. Não há abertura ao diálogo, nem tampouco, construção coletiva.

Ser apoiadoras deste processo, em Fortaleza, apresentou-se como um grande desafio, pelo desconhecimento do que seria este papel e de como seria o seu desenvolvimento. Enfrentar o desafio, entendendo o que estava acontecendo e o que estava por vir ao longo do acompanhamento das Unidades e das discussões teórico-práticas possibilitadas. Houve crescimento, no plano individual, enquanto profissionais, nos contextos de grupos e coletivos, obtenção de conhecimentos, reflexões, questionamentos sobre a prática e a atuação, muitas vezes com angústias e preocupações, pois não se sabia ao certo, se o passo dado seria o mais adequado e qual seria o próximo.

Alguns resultados foram sendo observados ao longo do percurso, pois a tarefa de participar das Rodas de Gestão de cada Unidade possibilitou, às apoiadoras e às equipes, reflexões sobre os maiores problemas e/ou desafios no seu trabalho.

Vários questionamentos e dúvidas, as mais variadas, surgiram, no que diz respeito ao fluxo de atendimento, ao processo de trabalho, à forma de atuação das equipes de saúde da família, à postura da gestão e às condições de trabalho e de infra-estrutura, o que

resultou na reflexão do ser/estar gerente, na realização de atividades grupais, na definição das áreas de abrangência, na revisão das agendas, no empoderamento das equipes, entre outros.

Percebeu-se que, em algumas situações específicas, enquanto apoiadoras, prevaleceu o papel de mediação, não ampliando o leque de ofertas ao grupo, o que não possibilitou maior resolutividade para as dificuldades.

O exercício de experimentar papéis diferenciados (gestão e Apoio Institucional) proporcionou reflexões sobre a prática gerencial. Qual seria o papel do gestor? Não seria apoiar o grupo em seus processos, vislumbrando caminhos para atingirem objetivos? Não seria favorecer ao grupo a reflexão sobre sua atuação e protagonismo? Com certeza. Porém, há funções próprias da gestão que não devem ser confundidas com a de Apoiador Institucional, pela natureza do papel de cada uma dessas funções. Estes questionamentos possibilitaram se discutir o papel da gerência do Distrito de Saúde, da Atenção Básica e Saúde Bucal da Regional VI, propondo reformulações e discussões junto à equipe do Distrito de Saúde e da Coordenação de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde, favorecendo uma maior aproximação com as equipes.

Este processo não se encerra em si, pois implementar mudanças estruturais, favorecer a reflexão e participação dos profissionais com intervenções em sua prática, gerando significados, exige um acompanhamento sistemático.

Espera-se que a implementação das ações e arranjos realizados até então sejam alicerce para uma transformação no modelo de gestão e atenção, com otimização dos recursos existentes através da análise dos dados produzidos, do conhecimento do território, do Acolhimento e da responsabilização na produção de saúde, levando-se em

consideração a singularidade de cada indivíduo e do coletivo, buscando-se, ao mesmo tempo, a satisfação profissional e a melhoria da qualidade de vida da população do município de Fortaleza.

Bibliografia

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003;

_____.; *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, pp. 186, 187. 3ª Edição; São Paulo: Hucitec, 2007;

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. *A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde*. In: G. W. S. Campos et al., *Tratado de Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 843, 2006;

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão, 2006*. Mimeo. 333p. 2007.a Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br. Acessado em Março de 2007;

_____. Relatório de Gestão da Secretaria Executiva Regional - CEVEPI, 2007b;

GAMA, C. *Questionário Diagnóstico da Atenção Básica*. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ênfase na Atenção Básica), Mimeo. p.18, 2007;

_____. *Questionário Diagnóstico da Saúde Mental*. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ênfase na Saúde Mental), Mimeo. p.15, 2007;

IBGE. Censo 2000. Dados populacionais. Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em Março de 2007;

ONOCKO CAMPOS, R. *A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas*. In: CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p.122-149.

Lista dos autores dos Artigos do Manual de Atenção Básica

Organizadores do livro

Gastão Wagner de Sousa Campos

Médico sanitarista, professor titular em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp).

André Vinicius Pires Guerrero

Psicólogo, Especialista em Gestão Hospitalar, Analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e Professor convidado do Curso Gestão Compartilhada da Atenção Básica (Unicamp).

Autores:

Adriana Coser Gutiérrez

Mestre em Saúde Coletiva pelo DMPS/UNICAMP, Analista de Gestão em Saúde da FIOCRUZ cedida para SESDEC/RJ, Professora do Curso de Especialização de Sistemas e Serviços de Saúde/Departamento de Medicina Preventiva em Saúde-(Unicamp).

Adriano Massuda

Médico formado pela Universidade Federal Paraná, Residência em Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde pelo DMPS/FCM/Unicamp. Atuou como Médico Clínico Geral no Centro de Saúde da Vila Ipê, da SMS de Campinas, e atualmente é Médico Sanitarista do Hospital das Clínicas da Unicamp, mestrando em Saúde Coletiva no DMPS/FCM/Unicamp e professor auxiliar do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão e Planejamento em Saúde.

Ana Maria Franklin de Oliveira

Socióloga, Doutora em Economia do Setor Público (IE –Unicamp), Pós doutoranda (DMPS –Unicamp); Especialista em Saúde Pública; em Saúde da Família e da

Comunidade e em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde – (FCM –Unicamp).
Economista Sênior do IESP /Fundap / Consultora do Ministério da Saúde / Programa de
Nutrição/ Brasil - Bird / Programa de S. da Mulher /Programa de S. da Família /
Coordenação Editorial da Revista Brasileira de S. da Família / criação das Séries:
“Agentes em Ação” e “O que é que eu faço Doutor”
Assessora da FCM /Unicamp para a criação do PSF e Coordenadora dos Cursos de
Residência e Especialização Multiprofissional em Saúde da Família –(FCM-Unicamp)

Carlos Alberto Gama Pinto

Médico do Hospital Municipal Odilon Behrens (Prefeitura de Belo Horizonte-MG), foi
Coordenador do curso de Especialização em Epidemiologia Hospitalar do Hospital
Municipal Odilon Behrens, Coordenador do Serviço de Vigilância Epidemiológica do
Município de Betim-MG, Coordenador Operacional de Saúde do Município de Betim-
MG, Coordenador do Programa BH VIDA (Saúde da Família) no município de Belo
Horizonte-MG.

Graduado pela Faculdade de Medicina da UFMG, especialista em clínica médica e
epidemiologia hospitalar e infectologia pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas
Gerais (FHEMIG), mestre em Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG,
especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
(ESMIG)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Osvaldo Cruz
(FIOCRUZ), doutorando em Saúde Coletiva (área de Gestão e Planejamento) na
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Carlos Alberto Pegolo da Gama

Psicólogo formado pela Universidade de São Paulo. Doutorando em Saúde Coletiva pelo
Depto. de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp. Professor de Psicologia Social
da Universidade São Francisco – Itatiba/SP. Membro do grupo de pesquisa Saúde
Coletiva e Saúde mental: interfaces - inserido no Diretório dos grupos de pesquisa do
CNPq.

Deivisson Vianna

Médico e Psiquiatra pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp., possui MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Atualmente trabalha no apoio à gestão de serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Campinas-SP. Mestrando em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp..

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

Psicóloga, psicodramatista pela Federação Brasileira de Psicodrama, com titulação de Docente pela Faculdade Católica de Fortaleza, especialista em Saúde Mental, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e em Psicologia Clínica, mestranda em Saúde Pública. Foi assessora técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental do Ceará e atualmente é membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Ivan Batista Coelho

Médico, Mestre em Políticas de Saúde e Planejamento pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Medicina Preventiva e Social já tendo atuado como médico em unidades básicas de saúde e hospitais e, como gestor, nos níveis municipal, estadual e federal. Foi consultor em projetos e programas da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD), atualmente é Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.

Gilberto Luiz Scarazatti

Médico sanitarista da SMS de Campinas, com vasta experiência em gestão, tendo nos últimos anos se dedicado mais à gestão hospitalar.

Foi Secretário Municipal de Americana (SP), Superintendente da Santa Casa de Limeira, consultor do MS para a formulação da PNH, entre outras funções desempenhadas na gestão do SUS. Prestou apoio a vários projetos de instalação e mudança de hospitais públicos no país.

Gustavo Nunes de Oliveira

Médico de Saúde da Família e Comunidade e Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp, atuou em Serviços de Atenção Básica, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. No SUS, exerce atividades de Consultoria e Assessoria Técnica a Gestores Municipais de Saúde nas Áreas de Gestão de Sistemas e Serviços, Atenção Básica, Gestão da Clínica e do Cuidado. Atualmente é pesquisador doutorando em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp, nas linhas de pesquisa: Planejamento, Gestão e Subjetividade em Saúde; Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Professor em diversos Cursos de Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Gustavo Tenório Cunha

Médico, residência médica em Saúde Pública e mestrado em Saúde Coletiva na UNICAMP. Trabalhou como médico de família e comunidade e é consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. É autor do livro "A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica" (Ed. Hucitec).

Juliana Araújo de Medeiros

Cirurgiã dentista, endodontista, epidemiologista em vigilância em saúde, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Terapeuta complementar integrativa formada pela Unipaz Ceará, facilitadora em Dinâmica de Grupo formada pela CDG de Recife, facilitadora do método teia da vida de trabalho em comunidades, atualmente coordenadora de saúde bucal da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza.

Márcia Aparecida do Amaral

Médica Sanitarista da Secretaria de Saúde de Campinas/SP, Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração em Gestão e Planejamento) pela FCM/Unicamp. Tem atuado nos diversos espaços de gestão do SUS, coordenando áreas de planejamento e políticas, realizando e/ou apoiando projetos de gestão hospitalar. Atua também na formação de

peçoal para a gestão e atenção no SUS junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp.

Mariana Dorsa Figueiredo

Psicóloga,. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Com Aprimoramento em Planejamento e Gestão em Saúde

Maria Elisabeth Sousa Amaral

Assistente Social; mestre em Gestão, Planejamento e Política de Saúde; especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Atualmente é Gerente do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza

Paula Giovana Furlan

Terapeuta ocupacional graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com aprimoramento e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Já atuou com projetos sociais e culturais, atendimento clínico, apoio institucional à equipes, saúde mental e com populações em situação de vulnerabilidade social. Atualmente, é Doutoranda em Saúde Coletiva e professora horizontal dos cursos de especialização de Gestão e Atenção Básica, pela UNICAMP, colaboradora do Projeto Metuia-UFSCar e terapeuta ocupacional da rede de atenção básica de Campinas.

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Médico pediatra e sanitarista da rede básica de saúde de Campinas (SP), mestre em saúde da criança e do adolescente pela FCM/Unicamp, especialista em gestão estratégica pública pela Unicamp, foi Diretor do Distrito de Saúde Norte da Secretaria de Saúde de Campinas (SP) e Secretário Municipal de Saúde de Hortolândia (SP). Participa da equipe do Depto. de Medicina Preventiva e Social da Unicamp trabalhando na formação de novos gestores da atenção básica de saúde.

Rosana Onocko Campos

Médica. Doutora em saúde coletiva. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Unicamp em Campinas/SP - Coordena o grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde mental: interfaces desde 2004 inserido no Diretório dos grupos de pesquisa do CNPq. Supervisiona o curso de aprimoramento em saúde mental e planejamento e realiza supervisões clínico-institucionais em vários Centros de Atenção Psicossocial da região de Campinas

Rosane de Lucca Maerschner

Dentista, formada pela Universidade de São Paulo, formação em capacitação pedagógica - ensino em serviço para dentistas, enfermeiros, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário instrutora/supervisora de curso de Técnico de Higiene Bucal, facilitadora do processo de implantação do Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade na AB e S.Mental, especialista em Gestão de Serviços de Saúde, Gerente da Célula de Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional VI – Fortaleza, Ceará.