

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Cadernos HumanizaSUS

Volume 2  
Atenção Básica

1ª edição  
2ª reimpressão



Brasília-DF  
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Política Nacional de Humanização

# Cadernos HumanizaSUS

Volume 2  
Atenção Básica

1ª edição  
2ª reimpressão



Brasília-DF  
2014

2010 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2ª reimpressão – 2014 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Política Nacional de Humanização  
Setor de Autarquias Federais Sul, Trecho 2, bloco F  
Ed. Premium, Torre II, 1º andar, sala 102  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9130  
Sites: <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>  
<<http://www.redehumanizausus.net>>  
E-mail: [humanizausus@saude.gov.br](mailto:humanizausus@saude.gov.br)

*Coordenação Nacional:*  
Dário Frederico Pasche

*Coordenação-Cadernos HumanizaSUS Atenção Básica:*  
Dário Frederico Pasche  
Mariella Silva de Oliveira

*Organização:*  
Gustavo Tenório Cunha

*Elaboração de Textos:*  
Adriana Miranda de Castro  
Ana Rita Castro Trajano  
Ângela Maria Silva Hoepfner  
Bruno Aragão  
Bruno Mariani de Souza Azevedo  
Carlos Alberto Gama  
Dário Frederico Pasche  
Deivisson Vianna Dantas Santos  
Fábio Hebert da Silva  
Gastão Wagner de Sousa Campos  
Gustavo Nunes de Oliveira  
Gustavo Tenório Cunha

Ivan Batista Coelho  
Liane Beatriz Righi  
Maria Elizabeth Barros de Barros  
Maria Esther Vilela  
Olga Vânia Matoso de Oliveira  
Paula Giovana Furlan e Gastão Wagner de Sousa Campos  
Rafael da Silveira Gomes  
Ricardo Sparapan Pena  
Rosani Pagani  
Serafim Barbosa Santos Filho  
Sergio Resende Carvalho  
Sofia Beatriz Machado de Mendonça  
Teresa Martins

*Projeto gráfico e diagramação:*  
Antonio Sergio de Freitas Ferreira

Editora responsável:  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe Editorial:*  
Normalização: Adenilson Félix  
Revisão: Khamila Christine Pereira Silva e Caroline Côrtes  
Diagramação: Marcus Monici

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização.  
Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 1. ed., 2. reimpr.–  
Brasília: Ministério da Saúde, 2014.  
256 p.: il. – (Cadernos Humaniza SUS ; v. 2)

ISBN 978-85-334-1735-9

1. Humanização do atendimento. 2. Formação profissional em saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 331.108.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0510

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Primary Care  
Em espanhol: Atención Básica

## Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>5</b>
<b>ARTIGOS</b>	<b>9</b>
<b>1 Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica</b>	<b>11</b>
<b>2 Atenção Básica e o Desafio do SUS</b>	<b>29</b>
<b>3 Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica</b>	<b>47</b>
<b>4 Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica</b>	<b>59</b>
<b>5 A Clínica do Sofrimento Ético-Político como uma Proposta de Intervenção na Clínica Ampliada e Compartilhada</b>	<b>75</b>
<b>6 O Projeto Terapêutico Singular</b>	<b>93</b>
<b>7 Os Grupos na Atenção Básica à Saúde</b>	<b>105</b>
<b>8 Construindo Cultura de Paz e não Violências no Campo da Saúde Pública: A Mediação (Cogestão) de Conflitos como Possibilidade de Retomada do Diálogo entre Partes Conflitantes</b>	<b>117</b>
<b>9 Efeito Paideia e Humanização em Saúde: Cogestão e não Violência como Postura Existencial e Política</b>	<b>129</b>
<b>10 Grupos Balint Paideia: Ferramenta para o Apoio Gerencial, Contribuição para a Clínica Ampliada</b>	<b>143</b>
<b>DOCUMENTOS E RELATOS</b>	<b>163</b>
<b>11 A Experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de Saúde: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em Cotidianos Complexos</b>	<b>165</b>
<b>12 Saúde Indígena: Distâncias que Aproximam...</b>	<b>179</b>

## Cadernos HumanizaSUS

---

<b>13 A Problemática do Cuidado ao Usuário de Álcool na Construção de Práticas Clínicas e de Gestão na Atenção Básica – A Proximidade com Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização</b>	<b>195</b>
<b>14 Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>	<b>207</b>
<b>15 Fitoterapia na Atenção Básica: Novas Possibilidades de Diálogo</b>	<b>215</b>
<b>16 BH Vida: Pensando a Implantação da Estratégia de Saúde da Família Na Cidade de Belo Horizonte, Passados 10 Anos</b>	<b>221</b>
<b>17 Reportagens</b>	<b>239</b>
Quando o Imprevisto Enriquece a Melodia	240
E a Escuta Mudou o Olhar	245
Pequena Notável	248
<b>Equipe Técnica</b>	<b>251</b>

# Apresentação

Coordenação Nacional da  
Política Nacional de Humanização  
Ministério da Saúde



A Política Nacional de Humanização (PNH) tem se consolidado como uma política transversal no SUS. Formulada no Ministério da Saúde, a PNH alcançou em pouco mais de meia década secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, serviços de saúde em diversos âmbitos do SUS. De outro modo, uma característica importante da PNH é que seu âmbito de ação e interferência não se restringe à institucionalidade do SUS. A PNH tem proposto a si própria a condição desafiadora de se constituir efetivamente como uma política pública, o que requer estratégias para a sua própria constituição como movimento social e político.

Esta paradoxal inserção na institucionalidade do SUS e nos movimentos da sociedade civil tem por intento, de um lado, fazer avançar a consolidação das políticas de saúde no Estado brasileiro e nas equipes de governo; de outro lado, incluir na dinâmica de formulação, desenvolvimento e consolidação do SUS aquilo que a sua institucionalização tende a deixar escapar, embora dela tenha derivado: movimentos instituintes, críticos e criadores, emergentes do complexo processo de produção das relações sociais. Isto exige reconhecer que as políticas públicas em um dado momento histórico resultam de acúmulos possíveis que derivam das conflitivas sociais, momentos de síntese de correlações de forças. A abertura e passagem a novos interesses emergentes é que mantém as possibilidades de aperfeiçoamento das políticas sociais, que assumem assim estatuto da provisoriedade. A PNH busca exatamente isto: reconhecer avanços e, portanto, a inelutável condição de que no interior da política social existem tensões e acordos para, imediatamente, suscitar o debate e buscar ultrapassar o que foi anunciado como possível e limite.

Entre tantos outros importantes movimentos que fazem parte do SUS e se entrelaçam com ele, a PNH tem se afirmado em defesa do direito à saúde, em defesa da vida e em defesa da democracia nas organizações, respondendo a uma demanda social por humanização na atenção e na gestão. A mobilização social e a transversalidade convocam a PNH a um esforço de abordagem ampliada na compreensão e na ação diante dos problemas e desafios do SUS. É por isto mesmo, que a PNH não se apresenta como uma política específica de nenhum tipo de serviço de saúde, especialidade profissional ou âmbito gerencial no SUS, de forma que o enfoque sobre as demais políticas de saúde, sem se contrapor a abordagens especializadas, busca compor com elas.

Neste movimento de múltiplas conexões, tanto nos espaços dos serviços de saúde, de governos, quanto acadêmico, a Política de Humanização vem também – e não se imaginaria de outra forma – se modificando, ampliando suas experimentações, ratificando sua função e tarefa no SUS: humanização como estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde. Democratização, como substantivo, impõe a inclusão da diferença na ação política e institucional. Assim, humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão.

O tema da Atenção Básica tem sido incluído na PNH como espaço de reflexão e de ação estratégica, e a elaboração deste Caderno é exemplo disto. E a que se deve esta compreensão?

A Política de Humanização tem compreendido, em sintonia com as discussões atuais nos espaços de gestão e acadêmico, que a atenção básica é espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. Isto porque, de um lado, favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema/equipes e usuários/redes sociais, sem a qual a ação clínica corre o risco de ser corrompida por tecnologias medicalizantes, as quais ao invés de reconstruir ratificam posição subalterna da atenção básica no sistema de saúde e na cultura sanitária na nação; de outro lado, exatamente esta vinculação com corresponsabilização é que permite a organização de cuidado em rede, pois o vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força-motriz para o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território, permitindo avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações.

Assim, se compreende que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações.

Mas qual seria, nesta perspectiva, o *diferencial* proposto pela PNH na discussão da atenção básica? Por sua condição de política transversal a PNH é convocada a lidar com os limites territoriais e modos de funcionamento das políticas do SUS, construindo composições que resultem em entendimento comum, e permitam a inclusão em suas formulações e modos de fazer, dos princípios, diretrizes e método da humanização.

Em decorrência disto, se faz necessário que se responda a pergunta, inquietadora por certo, do que o seria e a que corresponderia em cada política singular a sua aposta na humanização. A Política Nacional de Atenção Básica incluiu a humanização como uma de suas orientações; da mesma forma, a estratégia do NASF tomou a humanização como diretriz e princípio, e vários de seus dispositivos, como Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial, Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, entre outros, foram incluídos como ferramentas de ação. Mas, sobretudo, a inclusão do conceito-ferramenta apoio institucional, principal tecnologia de ação da humanização, é uma contribuição indelével da PNH para a atenção básica. Os textos deste Caderno tratarão de analisar e discutir, desde abordagens teóricas e análise de experiências concretas, apontando alguns acúmulos e desafios para a atenção básica no SUS. E esta perspectiva crítica que os textos tomam está em coerência com a perspectiva da PNH: apontar o SUS que dá certo e, desta positividade, indicar possibilidades para que os movimentos se façam instituintes, aprimorando as políticas públicas.

Este segundo volume dos Cadernos HumanizaSUS é dedicado à Atenção Básica, e está organizado em duas partes. A seção *Artigos* apresenta textos que contribuem para o debate em torno da Atenção Básica, o SUS e os princípios da PNH. Temas como saúde e trabalho, redes de saúde,

projeto terapêutico singular, grupos na atenção básica, violência, entre outros, são analisados sob várias perspectivas. A seção *Documentos e Relatos* traz experiências de clínica ampliada na atenção básica, saúde indígena, desafios no atendimento aos alcoolistas, as possibilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, práticas fitoterápicas e a implantação da Estratégia de Saúde da Família na capital mineira. Finalizando essa seção, textos jornalísticos trazem a tona o cotidiano de três equipes de atenção básica de Recife – PE, Natal – RN e Matelândia – PR.

Coordenação Nacional da  
Política Nacional de Humanização

Ministério da Saúde

# Artigos





# 1 Contribuições da Política de **Humanização** da **Saúde** para o Fortalecimento da **Atenção Básica**

Dário Frederico Pasche



### Introdução

A atenção básica tem sido apontada como estratégica para a reorganização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, posição que também tem sido adotada no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2010). Para que isto se cumpra, a ação de equipes de saúde da família em um território com uma população referida deveria ser capaz tanto de enfrentar necessidades de saúde expressas na forma de demandas aos serviços - induzindo gradualmente um sentido organizativo no fluxo assistencial -, como deveria produzir interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos.

A eficácia e a efetividade da atenção primária/básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, é influenciada pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território. Além disto, a efetividade da atenção básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações - que se expressam em contratos explícitos ou não -, que na perspectiva da inclusão cidadã deixam de ser o “alvo da ação” para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território.

De outro lado, a efetividade das práticas de atenção básica em saúde é fortemente influenciada pela capacidade do Estado produzir e implementar políticas públicas que produzam justiça social, porque se reconhece que quanto mais desigual for a distribuição das riquezas, quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e a políticas públicas redistributivas, mais heterogêneos e injustos serão os padrões de adoecimento e mortalidade (PASCHE, 2009).

No Brasil, em que pese mais de duas décadas de experimentação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), têm sido verificados problemas e desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços no que se refere a questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de pessoal, da coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, da capacidade da ESF se constituir, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disto, tem sido apontado para a necessidade de se alterar a gestão processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar.

Considerando a complexidade destes desafios, que se entrelaçam e se coproduzem nos campos de ação estruturante e micropolítico, trataremos de analisar as compreensões mais recorrentes de atenção básica e à luz desta discussão e de algumas ofertas da Política Nacional de Humanização (PNH), apontar perspectivas para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de atenção básica.

## 1.1 Paradoxo Existencial da Atenção Básica: Ser ou Não Ser um Programa Seletivo?

Nas últimas décadas, a atenção básica tem ganhado destaque nas discussões a respeito da organização dos sistemas de saúde, quer seja porque se imagina que ela pode ofertar maior racionalidade aos sistemas de saúde, portanto, seria capaz de ampliar a eficiência na alocação de recursos, quer seja porque se considera que ela é estratégica para a reorientação de sistemas de saúde ampliando sua eficácia, qualidade e equidade (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A atenção primária ganha efetivamente relevância a partir da Declaração de Alma Ata<sup>1</sup>, que a apontou como a mais importante estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Segundo a OMS a Atenção Primária de Saúde (APS) é tida como

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país (...). É **função central dos sistemas de saúde** de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade (...). É o **primeiro nível de contato** dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). *Grifos não estão no original.*

Os sistemas públicos de saúde, recomendava o relatório de Alma-Ata, deveriam adotar a atenção primária como prioridade, o que significa a prestação de um conjunto mínimo de ações e serviços

focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços, etc (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica são expressões comumente utilizadas para se referir ao nível de atenção mais elementar de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato

<sup>1</sup> O Congresso Mundial de Atenção Primária a Saúde (APS) foi realizado na cidade russa de Alma-Ata em 1978. O documento final aponta para a meta “Saúde para todos no ano 2000”, que seria atingida mediante adoção de ações e estratégias a partir da APS, cujo foco central é medidas preventivas e as intervenções em áreas prioritárias, como saneamento básico, nutrição, saúde da mulher e da criança.

da população como o sistema de saúde. Este nível de assistência tem sido considerado como a “porta de entrada” do sistema de saúde, a partir de onde se estabeleceriam relações com níveis de média e alta complexidade/custo.

A atenção básica, contudo, não foi “corretamente assimilada” em muitos países, inclusive no Brasil, situação que se altera com a publicação da Portaria nº 648/GM, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). A ideia de primário e básico foi compreendida, muitas vezes, como correlato ao simples, à noção de menor complexidade (CAMPOS et al., 2008). Assim, ao invés de se pensar a atenção básica como a “base”, o “fundamento” do sistema de saúde, foi compreendida como um lugar sem muita importância (MENDES, 2002), ou como um “nível de assistência”. Mario Testa (1992) definiu esta concepção reduzida de atenção primária como atenção “primitiva” de saúde pois, entre outros, impede que se desenvolvam sistemas integrados de saúde, com garantia de acesso integral aos cuidados de saúde.

Todavia, esta construção reduzida de atenção primária não se dá por um equívoco de interpretação, senão serve e se articula com grande funcionalidade à lógica de sistemas segmentados de cuidado (CONASS, 2010), como é ainda o caso brasileiro. A tradição brasileira de organização de sistema e práticas de saúde tem como referência, sobretudo a partir da década de 1950, a experiência norte-americana, que se baseia nos moldes preconizados pelo Relatório Flexner: especialismo, foco na doença, uso intensivo de insumos “biomédicos”, ação sobre o indivíduo. Este modelo resulta, entre outros, (1) de uma concepção minimalista de política pública; (2) de uma concepção restrita do processo saúde-doença e (3) de interesses mercantis de agentes privados prestadores de serviços e produtores de insumos, bem como de seguradoras, que vêem neste modelo os requisitos necessários para a ampliação da rentabilidade financeira e ampliação da acumulação privada de capital.

Nesta concepção, a atenção básica não se apresenta dotada de capacidade de ordenar o sentido da organização sanitária, nem de orientar o cuidado, senão se destina a atuar em alguns pontos estratégicos, sobretudo aqueles atinentes à ação da saúde pública em que são necessárias intervenções coletivas, a exemplo do controle de doenças infecto-contagiosas e da vigilância sanitária e epidemiológica. De outra parte, a atenção básica passa a ser identificada como um conjunto de ações mínimas destinadas a populações que não têm acesso à medicina de mercado. De imediato a atenção básica passa a ser funcional a um sistema iníquo e injusto, ofertando “cestas de ações clínicas mínimas” para populações excluídas (COSTA, 1998).

A atenção básica, a partir deste entendimento, passa a ser compreendida como **atenção primária seletiva** e/ou **o nível primário** do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002, p. 10), e tende a se apresentar como um programa específico para populações pobres, ou como um modo de organizar e funcionar a porta do sistema, restrita às ações de nível primário e com foco em populações pobres das periferias urbanas e zonas rurais. Neste sentido, a ideia de “porta

de entrada” é absolutamente adequada, pois significa o lugar por onde se entra para acessar as ações básicas e não necessariamente o lugar onde se constrói contratos de cuidado baseados em vínculos terapêuticos equipe/trabalhador-usuários/população, a partir do que se estabelecem e se regulam as relações com demais serviços da rede de cuidados.

Nesta direção, Giovanella (2006) afirma que a atenção básica passa a ser entendida como

... (i) **programa seletivo** com cesta restrita de serviços; (ii) um dos **níveis de atenção** correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda população (GIOVANELLA, 2006, p. 952). *Grifos não estão no original.*

A atenção básica quando não concebida como um componente estratégico da organização de sistemas de saúde toma, então, dois sentidos principais: (a) como complementar e vinculada ao modelo médico-hospitalar, apresentando-se como residual e minimalista; e (b) lugar onde se desenvolvem ações de menor complexidade tecnológica, direcionadas para população que não tem acesso à medicina de mercado, ou seja, os mais pobres.

Nesta posição a atenção básica passa a ser funcional à lógica biomédica, centrada no atendimento curativo/assistencial, onde se desenvolve ação clínica para problemas problemas mais frequentes (em geral abordados por meio de tecnologia de queixa-conduta); medidas preventivas como vacinação, controle e tratamento de DST e doenças contagiosas; e de educação em saúde (produção e disseminação de “informações sanitárias”), sem contudo atuar na modificação da lógica da organização dos modos de produção da atenção à saúde.

Em uma compreensão distinta a um programa seletivo, a atenção básica tem sido apresentada como uma

... **estratégia de organização do sistema de serviços de saúde** [como uma forma] singular de apropriar, recombinar, reorganizar, e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária de saúde dentro de um sistema integrado de saúde (MENDES, idem ibidem). *Grifos não estão no original.*

Assim, a atenção básica passa a ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio aos sistemas de saúde. Reinventar as conexões e os sentidos da atenção básica, buscando construir novas linhas de articulação entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva, está no horizonte na agenda político-sanitária também do Brasil, e isto exige vontade política e capacidade de realização.

### 1.2 Atenção Básica como Estratégia de Organização da Rede de Cuidados; Funções e Ações no Sistema de Saúde

A atenção básica à saúde, tem-se advogado recentemente, é o *ethos* da complexidade, ou seja, no denominado primário reside também a complexidade do campo da saúde. Esta afirmação, em primeiro lugar, não implica em uma compreensão de que os demais componentes da atenção não sejam complexos, senão assinala que ela não decorre e não se encerra naquilo que se costuma denominar de “alta complexidade”, que no caso brasileiro é confundido como de alto custo.

E onde reside a complexidade da atenção básica? Uma resposta primeira: em muitos lugares. A atenção básica não se restringe a ação sanitária do tipo minimalista (pacote básico de ações clínicas), ou está restrita a ações ao campo da saúde coletiva; tão pouco se resume à realização exclusiva de ações não-assistenciais (programas de vigilância sanitária, de controle de vetores, de saneamento, de educação em saúde, etc), embora estas sejam absolutamente relevantes. Da mesma forma, não é uma forma rudimentar de atenção que não incorpora os avanços da ciência, nem tão pouco um nível de ação independente de outros serviços de saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2007).

A atenção básica articula ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, o que exige a composição e articulação de saberes e práticas interdisciplinares. Além disto, a relação entre a equipe e a população de referência baseia-se na contratação de responsabilidades pelo cuidado integral, que entre outros significa (1) ação longitudinal, de seguimento, que requer (2) a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como (3) o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, interconsultas, grupos de discussão, entre outros, o que recombina ofertas tradicionais baseadas, mormente, em consultas individuais por profissionais.

A atenção básica reveste-se, portanto, de tal complexidade que exige novas produções teóricas, políticas, culturais, técnicas e subjetivas. Da mesma forma, se faz necessário recriar seus saberes, práticas e tecnologias e, por conseguinte, a ação e interação entre seus profissionais.

Contrair responsabilidade pelo cuidado integral de grupos de sujeitos exige novas habilidades e competências profissionais, tanto no campo das “tecnalidades médicas”, como nas interações entre seus membros e destes com sua população de referência. Papéis profissionais queratinizados em núcleos de saberes estanques, com ofertas assistenciais já previamente delimitadas, muito possivelmente não darão conta de produzir cuidados integrais quando se lida com sujeitos na complexa teia da produção de saúde.

Entre as funções previstas para a atenção básica, a **coordenação dos serviços de saúde** talvez seja aquela que ainda tem sido pouco experimentada no Brasil. Barbara Starfield (2002) define

como função importante da atenção básica, a coordenação e a integração da atenção fornecida em algum outro lugar do sistema, permitindo racionalização do uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Dessa forma, a atenção básica além de se constituir em importante local de contato entre população e sistema de saúde, fornecer atenção para os problemas e agravos de saúde mais frequentes, produzir cuidado longitudinal, articular ações assistenciais e não assistenciais, entre outros, se apresenta como estratégia de organização da atenção à saúde, de onde se formariam compromissos e contratos sanitários que dão forma e concretude a redes de cuidados.

A atenção básica, portanto, deveria ser concebida como ethos fundamental na produção de saúde em sistemas integrados, sendo responsável pela resolutividade da maioria dos problemas sanitários do conjunto da população, agindo sobre um território. Além disto, deveria ser elemento estratégico da integração das diferentes formas e modalidades de cuidado, orientado pelas diretrizes das políticas públicas, no caso brasileiro a base discursiva do SUS.

### **1.3 A Política de Atenção Básica no Brasil**

A atenção básica no Brasil se constitui como política de saúde só muito recentemente (BRASIL, 2006), e tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que a partir de 2006 é transformada em Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica se caracteriza como

... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam

comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (MS/SAS/DAB, 2006).

Atenção básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é realizada por equipe multiprofissional, com presença de profissionais de nível superior com formação na área de saúde (a presença de médicos e enfermeiros é a constante) e de agentes comunitários de saúde. A equipe está vinculada a uma população de um determinado território. Segundo a Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006) uma

... equipe multiprofissional [é] responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; [além disto, o] número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

A ESF tem sido implementada com maior intensidade nos últimos anos ampliando-se rapidamente a população coberta, que passa de quase 30 milhões de pessoas em 2000, para mais de 85 milhões em 2006, chegando a praticamente 97 milhões em fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010b).

Como pode se perceber, a ampliação da ESF tem sido uma constante nos últimos anos e estas equipes já cobrem mais de 51% da população brasileira. Mas esta expansão e crescimento têm produzido quais efeitos sobre o sistema de saúde e sobre a saúde das populações? Quais desafios permanecem na atenção básica cuja superação ampliaria sua capacidade de produzir saúde?

A ESF ampliou o acesso e qualificou o atendimento, ampliando a resolutividade dos serviços, a satisfação dos usuários, o que implicou a redução de gastos com internações (MACHADO, 2000). Estes efeitos foram decorrentes, entre outros, da reorganização dos processos de trabalho, pois a ESF passou a enfatizar o trabalho em equipe e estabeleceu maiores vínculos com as comunidades com as quais passou a contratar responsabilidades sanitárias. Além disto, tem produzido alterações importantes na demanda por serviços, muito provavelmente em decorrência da ampliação do cardápio de ofertas, mais direcionado para práticas integrais, onde se inclui o atendimento domiciliar, por exemplo.

Como desafios permanecem a necessidade de se ampliar o financiamento, permitindo acesso mais equitativo a serviços de maior custo; da mesma forma, se faz indispensável uma melhor formação dos trabalhadores da saúde e superar a baixa oferta de médicos (hoje não mais restrito a zonas afastadas dos maiores centros urbanos), bem como diminuir a rotatividade de profissionais nas equipes e resolver problemas relativos às formas de contratação e dos regimes de trabalho, incluindo novos profissionais na equipe básica, a exemplo a estratégia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Adiciona-se a isto construir alternativas para a “inexistência de direito de escolha do usuário em relação a sua equipe” (CAMPOS et al., 2008, p. 147), a frágil organização das redes de serviço, e a eficácia das práticas clínicas, que permanecendo na organização da atenção básica fazem com que na prática ela tenda “a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.” (CAMPOS et al., 2008, p. 151).

Neste sentido,

... é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada (...); verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de especialistas (CAMPOS et al., 2008, p. 144).

Estas questões são bastante complexas e certamente dependem de um conjunto de ações estratégicas macro e micropolíticas, ou seja, da combinação de mudanças que vão em direção (a) da superação de problemas como o financiamento insuficiente, a regulação dos planos de carreira no SUS e da construção, a partir do reconhecimento e crítica ao que já se construiu, de novas possibilidades de organização da atenção básica; de outro lado, (b) da reorganização do trabalho das ESF, considerando diretrizes capazes de ao mesmo tempo garantir o acolhimento e a efetividade das práticas clínicas e de saúde coletiva e a dignificação do trabalho e reconhecimento e valorização dos trabalhadores da atenção básica.

Assim, entre os temas que se apresentam bastante significativos para a ampliação da eficácia da atenção básica está a necessidade de **reorganizar os processos de trabalho**, o que implica, também na **organização em rede dos serviços de saúde nos espaços intra e intermunicipal**, acionando-se a função organizativa do sistema de saúde pela atenção básica.

### **1.4 Reorganização do Trabalho na Atenção Básica: Responsabilização Microsanitária e Construção de Redes de Cuidado**

Uma regra básica para a organização de sistemas integrados de saúde é a inscrição flexível de clientela a uma determinada equipe interdisciplinar de atenção básica ou Equipe de Referência (CAMPOS, 1998), a partir de onde se constroem sólidos vínculos terapêuticos entre estas equipes e usuários e sua rede sociofamiliar.

Segundo o princípio da integralidade, a atenção primária organizada em todo território nacional tem por tarefa a viabilização de uma orientação simples, mas muito significativa na construção da efetividade das práticas de saúde: **todo/a cidadão/ã tem o direito a uma equipe que lhe cuida**, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado.

Cabe às Equipes de Referência a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso, que resultaria, em muitas situações, na construção de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS (CUNHA, 2005; BRASIL, 2009a), instrumento de compartilhamento e coordenação da ação clínica na equipe e entre equipes, muito

... diferente do que ocorre, ainda frequentemente, com os “encaminhamentos” dos pacientes entre os serviços, ou seja, a transferência de responsabilidade e não compartilhamento e muito menos coordenação (CAMPOS et al., 2008, p. 142).

A equipe de referência deveria dar seguimento ao projeto terapêutico de cada usuário, interferindo inclusive nos critérios de acesso em outros níveis do sistema, na medida em que ela contrata a responsabilidade pelo cuidado, que não se restringe ao seu núcleo de competência e responsabilidade (CAMPOS, 1997). A responsabilidade assumida define o encargo da equipe de atenção básica o que não implica necessariamente a contratação da responsabilidade pela realização de todas as ações de saúde, senão a articulação, integração e compartilhamento com outros serviços e profissionais, contudo, mantendo como eixo de condução o vínculo entre equipe de atenção básica e usuário.

A alta somente ocorreria quando da transferência da pessoa sob cuidado a outra equipe, localizada na rede básica ou em outra área especializada. O tempo de espera não poderia constituir-se em um limbo assistencial. A equipe de referência prosseguiria com o projeto terapêutico durante a espera, inclusive interferindo nos critérios de acesso. Esta perspectiva reformula o fluxo burocrático e impessoal decorrente dos sistemas tradicionais de referência e contrarreferência (CAMPOS, 2007).

A organização da ação clínica de equipes por meio de PTS e de outros instrumentos impõe, desta maneira, uma nova lógica no fluxo dos usuários na rede assistencial e, Conseqüentemente, induz a construção de novas relações entre serviços e profissionais de retaguarda, na medida em que o cuidado construído desde a atenção básica requisitaria a este nível de atenção a função estratégica de **coordenação do processo de cuidado**, cuja integração com demais níveis de atenção não deixaria de partir e de reconhecer que o vínculo do sujeito na rede, salvo exceções, é com a equipe de referência da atenção básica.

A coordenação do processo de cuidado tem a potência de reformular os fluxos dos usuários na rede, em geral burocrático e impessoal, pois comumente decorrem de sistemas tradicionais de referência e contrarreferência, nem sempre aptos a “negociar” com os interesses e necessidades dos usuários, uma vez que são regidos pela lógica da gestão de recursos-meio (consultas e procedimentos disponíveis e/ou itinerários terapêuticos já em uso e que nem sempre e sabe da efetividade).

A mudança no perfil da oferta de serviços de saúde depende, assim, da reorganização da atenção básica. Como pressuposto, postula-se que a maioria das famílias deveria estar matriculada a

equipes de atenção primária/básica, que devem se responsabilizar pela resolução da maioria dos problemas de saúde de uma população. A ideia de matrícula, todavia, não deveria ser confundida com o cadastramento das famílias, que são bancos de dados com informações sobre a população. Assim, é necessária a construção de uma ideia de matrícula e/ou cadastramento que se configure como estratégia de produção de reconhecimento, pertencimento e vínculo entre equipe e usuários e sua rede sociofamiliar, pois uma equipe pode ter bons cadastros e isto não necessariamente repercutir na produção de pertencimento a uma rede singular de produção de saúde.

Estas equipes deveriam ser compostas conforme as características de cada população e território, admitindo-se a possibilidade de várias conformações, desde que assegurassem a realização de funções essenciais da rede básica (PASCHÉ, 2007): (i) a realização de ações atinentes à **saúde pública**/saúde coletiva/vigilância da saúde, combinadas com a (ii) ampliação da eficácia das **práticas clínicas** (Clínica Ampliada), sustentada em vínculos terapêuticos e corresponsabilização, com o (iii) atendimento de demandas espontâneas, por meio de práticas de **acolhimento**, diretriz ética e tecnologia de ação sanitária que só tem sentido e eficácia se articulada à clínica programada e ações sobre o território e aos demais serviços de saúde (construção de redes de cuidado).

A realização desta trinca de ações estratégicas requer a construção de novas formas de intervenção sobre o território locorregional, ampliando-se o exercício da autonomia com responsabilidade dos gestores. Além disto, é necessário contar com financiamento suficiente para a atenção básica, permitindo a sua articulação com o restante do sistema, ampliando sua relação com os demais “níveis” de assistência, sobretudo com as especialidades e com os hospitais.

Em relação aos serviços de médio e alto custo, é imprescindível uma reforma do sistema hospitalar e dos serviços e atendimentos especializados. Em primeiro lugar, ampliando o grau de pertencimento destes serviços à rede de saúde, o que requer contratualizações que restrinjam a autonomia dos hospitais na captação de clientela, que deveria ser orientada, sobretudo, pelo vínculo terapêutico construído entre as equipes de referência e sua clientela adscrita. Assim, em tese, não haveria grandes porções de população que não estivessem ligadas a equipes de referência, de onde partiriam e se regulariam demandas e necessidades de consumo por tecnologias de maior custo. Obviamente que esta definição não deve engessar o sistema de saúde, pois iniciativas por uma maior racionalização dos meios levam, muitas vezes, à introdução mecanismos de barreira de acesso.

Para se evitar isto é necessário que os processos de contratualização (relação entre equipe e clientela, e serviços de atenção básica e demais equipamentos assistenciais da rede) sejam públicos e transparentes, acompanhados e reconstruídos em conformidade com as necessidades de saúde.

Assim, a inserção de hospitais e de outros serviços especializados deveria ocorrer segundo regras de vínculo à rede de cuidados e em acordo com um sólido processo de contratação de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do país.

Nesta perspectiva a atenção básica toma papel importante no sistema de saúde, responsabilizando-se pela organização da oferta de serviços de saúde, ordenando o sistema como um todo.

### **1.5 Para as Mudanças nas Práticas de Saúde é Necessário ir para Além de Definições Macropolíticas**

Não restam dúvidas que são necessárias modificações de ordem macropolítica para a reorganização da atenção básica no Brasil. Apontar este nível de atenção como organizador da rede de cuidado, redefinir o volume e as estratégias de financiamento, incorporar mecanismos mais claros de compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado entre equipes e serviços da rede de saúde, garantir a singularização das experiências de atenção básica nos territórios municipais, sem com isto preterir princípios e diretrizes consensuadas nacionalmente, entre outros, são apostas importantes para que a atenção básica cumpra efetivamente com seu legado de democratizar o acesso do sistema de saúde, ampliando sua eficácia e eficiência.

Estas definições são importantes para orientar e viabilizar as mudanças apontadas como necessárias, mas elas não garantem *per se* as mudanças indispensáveis na atenção básica, pois não operam diretamente nos espaços moleculares do trabalho, senão os orientam. Assim, faz-se necessário um conjunto de outros aportes teóricos e metodológicos, os quais incidem sobre a organização dos processos de trabalho. Não se trata, obviamente, de se colocar os planos macro e micropolíticos como antagônicos, senão como antinômicos, ou seja, ao mesmo tempo contraditórios e complementares.

A imagem-matriz para a reorganização dos processos de trabalho considera a necessidade de partir da **menor unidade-fração do território** que é a área de atuação das Equipes de Saúde da Família. Estas unidades frações-territoriais estão ligadas a outras conformando, assim, uma teia de fios e nós. Para se efetivar um conjunto de orientações gerais que estabelecem, grosso modo, a organização do trabalho de equipes de saúde é necessário:

- a) Reorganização da dinâmica de funcionamento do órgão gestor municipal de saúde:
- b) Construção de sistemas colegiados de gestão, com reconfiguração da arquitetura organizacional do órgão gestor: garantir nos organogramas (estruturas e fluxos formais de poder) a orientação do trabalho interdisciplinar, articulando a organização por outras lógicas que não a programática e corporativa, portanto mais transversal;
- c) Construção pactuada de diretrizes e metas para a orientação do trabalho das equipes, garantindo a produção de consensos sobre a organização do trabalho, considerando alguns princípios fundamentais, entre os quais:
  - Vínculo com produção de corresponsabilização entre trabalhadores/equipes e usuário-rede sociofamiliar e comunidade;

- Acolhimento como diretriz ético-política do trabalho em saúde;
  - Trabalho em rede intra e interequipes: corresponsabilização pelos encargos sanitários e apoio matricial especializado;
  - Articulação entre ações de promoção e prevenção, com as de cura e reabilitação.
- d) Construção de efetivo trabalho em equipe para que as ESF se constituam como equipe de referência para uma população adscrita, para o qual é necessário a reorganização da dinâmica de gestão do trabalho da equipe. Neste sentido é importante:
- Adoção de dinâmica de gestão em roda (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2009b): constituição de espaços coletivos para (1) a singularização e a construção de grupidades solidárias e (2) contratação de tarefas;
  - Recomposição do trabalho de coordenação da equipe, transformando-o em um dispositivo de agenciamento coletivo para a produção de corresponsabilização.
- e) Introdução da função apoio institucional, garantindo a criação de espaços protegidos de fala e escuta para as equipes que experimentam processos de mudança em suas formas de gestão, o que repercute nas ofertas do cardápio de ações:
- Tomar como inseparáveis a produção de sujeitos (reposicionamento subjetivo) e a produção de saúde (considerando a função e ação estratégica do sistema sanitário e o trabalho de equipes de trabalhadores da saúde).

A garantia de novas práticas de saúde na atenção básica, reorganizando-a, exige a adoção de diretrizes éticas, clínicas e políticas, entre as quais:

- Adscrição de clientela a equipes interdisciplinares, garantindo-se o acolhimento;
- Reorganização da dinâmica da gestão das equipes, introduzindo-se mecanismos de cogestão/gestão compartilhada (democratização das relações de poder);
- Introdução de princípios e diretrizes como o vínculo entre trabalhadores/equipes de saúde e usuários/rede social; responsabilização sanitária inequívoca (quem cuida de quem);
- Articulação de ações de promoção/prevenção com ações assistenciais (exigência do conceito de produção de saúde compreendido, então, fenômeno hipercomplexo);

- Introdução de apoio institucional para equipes produzirem-se enquanto grupidades solidárias emergentes do processo de mudança e como organização dotada de eficácia na produção de saúde.

Trabalhar em equipe para a produção mais compartilhada de processos de corresponsabilização exige, necessariamente, deslocamentos identitários (subjativos). A incorporação da perspectiva da produção do comum na diferença (encontro de alteridades) força a passagem para a construção de identidades mais móveis, transitórias e, por isto, menos presas a conformações originárias de arquétipos da tradição gerencial hegemônica (CAMPOS, 2000), que isola os sujeitos em programas e/ou em categorias, fomenta a concorrência e a competição entre eles, etc.

A produção de mudanças na organização dos processos e trabalho em saúde deveria favorecer que cada membro da equipe de saúde, sem deixar de ser trabalhador específico da saúde dotado de núcleo de competência e responsabilidade, fosse se singularizando em um processo coletivo de trabalho, diferenciando-se. Este deslocamento é fundamental para a construção de ação e projetos comuns.

Este movimento, todavia, requer a produção de resistências à tendência de captura nas organizações de movimentos instituintes, o que exige a ampliação da capacidade de tolerância com processos de negociação e definição de pactuação na diferença. E isto exige, por sua vez, um método, um certo modo de fazer.

### **1.6 Inclusão como Método para Produção de Mudanças nas Práticas de Saúde**

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar os modos de gestão e os modos de cuidado em saúde.

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para incluí-la como um valor do cuidado e da gestão, para afirmação de uma nova ética na saúde: a de colocar no primeiro plano as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (PASCHE, 2009). Sujeitos que em relações mais democráticas, portanto postos em relação desde suas diferenças, seriam mais capazes de compor planos comuns, sínteses singulares desde processos de negociação regidos pelo interesse público e coletivo.

O tema da humanização da saúde coloca em evidência a questão do método (BRASIL, 2007), ou seja como lidar e ultrapassar problemas de gestão e do cuidado considerando a humanização como um valor ético-político das práticas de saúde? A partir desta delimitação se estabelece a função e a tarefa da Política Nacional de Humanização é contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS, seu enorme contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da “figura de gestor”, passasse a experimentar novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar.

Mas de onde se extrairia este modo de fazer? Ele foi construído desde a cartografia e análise das próprias experimentações do SUS, naquilo que passou a ser denominado de o *SUS que dá certo!* Em 2004, por ocasião do Prêmio David Capistrano (MORI; OLIVEIRA, 2009), se constatou desde a análise de experiências que haviam modificado processos de gerir e de cuidar em saúde, que estas alterações decorriam de um modelo de experimentação baseado na inclusão, portanto se propuseram a construir processos de mudança como “obras coletivas”.

Assim, de imediato se passou a compreender a humanização como inclusão, como modo de fazer inclusivo e includente. Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade e heterogeneidade das singularidades do humano. Incluir o outro, o que não sou eu, que de mim estranha, que em mim produz estranhamento, e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como o mal-estar e a tristeza. Portanto, a inclusão produz a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo.

Incluir o outro, todavia, não é um exercício passivo, requerendo análise crítica daquilo que se traz para o encontro, para a relação. Isto implica em assumir a posição que toda relação é disputa que remete à definição do que será formado como compromisso e contatado como tarefa, portanto do que será aceito como legítimo, considerando determinados pressupostos éticos e diretrizes políticas. Assim, o método da inclusão não propõe aderência ingênua e acrítica àquilo que o outro traz de si, mas em uma atitude generosa, de acolher estas manifestações para, imediatamente, confrontá-las com a multiplicidade dos interesses do outro, do coletivo, para possibilitar a construção de processos de negociação, de composição de contratualidades considerando orientações éticas, no caso, daquilo que é desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde.

Humanização é, assim, propositura para a criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. A inclusão está orientada para analisar e modificar práticas de gestão e de atenção, que se influenciam mutuamente; ampliar o grau de contato e de troca entre as pessoas (o que exige deslocamentos subjetivos e identitários) e aposta na capacidade de criar, de acionar vontade e desejo de fazer dos sujeitos.

A humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos.

No que se refere a atenção básica, à Estratégia da Saúde da Família, a PNH propõe o exercício do método (inclusão dos sujeitos para a produção do comum), que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

### Referências

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde do Brasil, 2006. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n. 10) Disponível em: <[http://www.opas.org.br/servico/destaque\\_detalhe.cfm?codespecifico=1102](http://www.opas.org.br/servico/destaque_detalhe.cfm?codespecifico=1102)>. Acesso em: 13 jul. 2010.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BUENO, Ivana Cristina de H. Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da saúde da família**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas no BRASIL entre 1994 e fevereiro de 2010**. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 10 de jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Documento base**. 4. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html)>. Acesso em: 13 jul. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. "O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso". In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870 out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. [online]. 1999, v. 4, n. 2, p. 393-403, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007. Acessado em 10 June 2010. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/exact-sciences/biology/1739624-reforma-pol%C3%ADtica-sanit%C3%A1ria-sustentabilidade-sus/>>. Acesso em 13 jul. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As oficinas para a reorganização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010. 108p. (CONASS Documenta; 21).

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998. 173p.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=pt&nrm=iso)> . Acesso em: 10 jun. 2010.

MACHADO, Maria Helena. **Pesquisa de opinião sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Convênio UNESCO/Ministério da Saúde, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato**. *Interface* (Botucatu), v.13, supl.1, p.627-640, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. Abertura do 2º Seminário Nacional de Humanização da Saúde. In: **Anais do 2º SNH**. Brasília, 05 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://www.sispnh.com.br/anais/mesa\\_pnh1.asp](http://www.sispnh.com.br/anais/mesa_pnh1.asp)>. Acesso em: 14 jun. 2010.

PASCHE, Dário Frederico. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Alma-Ata Declaration**. [S.l.], 1978. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1)>. Acesso em: 05 jan. 2007.

# 2 Atenção Básica e o Desafio do **SUS**

Gustavo Tenório Cunha



### Resumo:

Passados 20 anos da criação do SUS, ainda são grandes os desafios em relação à Atenção Básica. O almejado acesso universal, a qualificação de suas principais funções e a conquista de legitimidade social ainda requerem, dos movimentos políticos comprometidos com SUS, um esforço concentrado. O presente artigo pressupõe que os desafios reservados à Atenção Básica são desafios do próprio SUS, e busca destacar alguns problemas importantes. Primeiramente focaliza-se o tema da disponibilidade e da especificidade de trabalhadores necessários para a Atenção Básica, assim como a insuficiência de políticas de Estado que garantam a existência destes profissionais. Para que a Atenção Básica cumpra minimamente sua função no sistema de saúde é necessário que a maior parte dos profissionais médicos e enfermeiros do SUS tenha formação adequada e esteja de fato trabalhando nela. Tanto pela centralidade na ocupação dos recursos humanos de saúde do país, quanto por algumas de suas funções essenciais, a expansão da ABS implica na atualização do debate entre sistema de saúde público e privado, assim como explicitação das diversas forças políticas interessadas em um ou outro modelo. A hipótese abordada é de que a insuficiência e focalização de atenção básica para populações mais pobres, é extremamente conveniente para o setor privado, e de que algumas de suas funções essenciais (função de “filtro” e de “coordenação clínica”) contrapõem-se à lógica de “consumo” de especialidades e procedimentos. Abordam-se mais detalhadamente a necessidade e a complexidade destas duas funções da ABS e os desdobramentos gerenciais que estas práticas trazem para o SUS. Abordam-se finalmente alguns dos desafios gerenciais fundamentais para qualificação da Atenção Básica na atualidade, como por exemplo, a frágil definição de critérios técnicos e compromissos democráticos na escolha dos gestores de serviços de saúde do SUS, assim como a necessidade transformações no modo gestão dominante.

### Palavras-chave:

Atenção Básica. SUS. Cogestão. Clínica ampliada.

## Introdução

É pouco provável que se possa efetivar os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) sem a implantação plena da atenção básica de forma a possibilitar acesso universal deste serviço a toda população brasileira. Embora se tenha aumentado significativamente o número de equipes de Saúde da Família nos últimos anos, alguns problemas persistem demasiadamente e merecem alguma reflexão (CAMPOS et al. 2008; CAPOZZOLO 2003; CONILL 2002). A experiência coletiva acumulada na Política Nacional de Humanização, embora recente, já permite que se acumule alguma contribuição neste tema. Isto porque a Política Nacional de Humanização (PNH), em relação às políticas anteriores, traz com extrema contundência a preocupação com a qualidade da clínica atrelada à preocupação com a gestão. Preocupa-se tanto com os usuários quanto com os trabalhadores e toma como um dos seus princípios mais importantes a inseparabilidade entre a clínica e a gestão. Desta forma, desde a sua criação, a PNH, em todos os âmbitos do SUS em que tem atuado, se depara com questões essenciais relativas à gestão dos trabalhadores, compreendendo que a atuação sobre uma reflete diretamente na outra. Uma gestão “deshumanizada” frequentemente dificulta uma prática clínica humanizada. Assim como uma “boa” proposta clínica ou arranjo organizacional, quando implementados de forma pouco participativa, costuma produzir piora na qualidade do serviço. Desta forma é possível contribuir com enfoque sobre a Atenção Básica que ecoa a experiência de apoio nos serviços de saúde, com suas dificuldades cotidianas e comuns, procurando abordá-las integrando a clínica e a gestão, a micropolítica e a macropolítica.

### 2.1 Atenção Básica, Disponibilidade e Formação Específica de Profissionais

Um dos problemas que mais afetam os serviços diz respeito à falta de profissionais e à dificuldade de fixação destes profissionais (alta rotatividade). Ainda é, em grande medida, a partir de uma certa “lógica de mercado”, que se orienta a relação entre os gestores municipais e os profissionais de saúde na atenção básica. O que significa dizer que os municípios disputam, qual fossem empresas privadas, os profissionais de saúde disponíveis no país. Disputam entre si e disputam com o setor privado, tentando, até onde lhe é possível, criar as melhores condições para atrair os profissionais. E já cabe aqui perguntar se é adequado para um sistema público de saúde permitir que profissionais estratégicos (médicos, enfermeiros e odontologistas), cujo vínculo com a população adscrita é fundamental para a qualidade destes serviços, estejam à mercê das flutuações do mercado e de eleições municipais? Apenas imaginando que esta disputa se desse apenas entre os municípios, já seria bastante preocupante, porque tendo o Brasil em torno de cinco mil municípios (sendo que 90% com menos de 25 mil habitantes) e sabendo que cabe aos municípios a implantação e a gestão da atenção básica, como evitar que a maioria destes municípios perca a “concorrência” para os municípios maiores e mais ricos? Este é um desafio da Atenção Básica, mas que não é exclusivo da Atenção Básica: o SUS precisa criar possibilidades para se afirmar-se como sistema articulado e regionalizado (em oposição a um conjunto de microssistemas municipais de saúde

disputando recursos isoladamente), e definir uma política pública do Estado brasileiro, capaz de garantir a quantidade e a qualidade de profissionais necessários (de acordo com critérios epidemiológicos e os princípios do SUS).

Se destacarmos a questão do profissional médico na atenção básica, pode-se dimensionar alguns dos desdobramentos políticos e estruturais necessários. É sabidamente grande a dificuldade de fixar estes profissionais na Atenção Básica, principalmente especialistas em atenção básica. Além disto, em algumas regiões do país, e em um grande número de municípios menores de qualquer região (mesmo as mais favorecidas economicamente), tem-se, ainda, extrema dificuldade de contratar médicos para qualquer serviço de saúde. Uma das soluções presentes no senso comum é de que seria necessário aumentar o número de profissionais “no mercado”. Sem desconsiderar esta possível necessidade, é importante lembrar que a proporção entre o número de médicos generalistas (ou especialistas em atenção básica) e o número de médicos de outras especialidades é um dos indicadores da força da atenção primária nos países (STARFIELD, 2000, p. 34). Tomando como base a organização do sistema de saúde de forma hierarquizada e a distribuição epidemiológica dos agravos à saúde, é necessário que a maior parte dos profissionais médicos estejam trabalhando na atenção primária. É de extrema relevância, portanto, *a proporção entre especialistas em atenção primária e outros especialistas*. Neste sentido, o exemplo dos países que já dispõe de uma tradição no setor público de saúde é fundamental: é matéria de política de Estado a definição da quantidade de especialistas e a proporção entre eles. É uma prerrogativa do Estado, nestes países, definir quais áreas são prioritárias e quantas vagas haverá para cada tipo de especialidade. No Brasil ainda há uma inversão perversa. A **menor** parte das vagas de residência médica, por exemplo, é destinada a especialistas em atenção básica. A maior parte das vagas são destinadas para residências médicas predominantemente hospitalares. Esta é um tema que precisa ser debatido com toda a sociedade, porque é uma questão matemática fundamental: como possibilitar acesso universal à atenção básica se não existirem profissionais disponíveis? Mas é principalmente uma questão política do valor social do direito à saúde. É preciso que perguntemos por que em outras áreas estratégicas do país, como por exemplo no setor judiciário, ou militar, se consegue fixar profissionais qualificados, em lugares em que o SUS não consegue? Porque o direito à saúde teria que ficar à mercê das conjunturas, dos interesses corporativos e econômicos? Por que os municípios precisam disputar profissionais escassos? Por outro lado, um grande desafio político se deve ao fato de que existe provavelmente um “desejo” construído socialmente (muito estimulado por setores econômicos interessados) que associa a saúde ao consumo tecnológico (hospitais, especialistas e exames). Constitui-se assim um fetiche tecnológico que se traduz, nas políticas de saúde, em uma desvalorização da atenção básica, assim como em um empecilho concreto à implementação de algumas de suas funções mais importantes, como a função de “filtro” (ou “porta”) e a função de coordenação clínica. É necessário, então, enfrentar politicamente o “fetiche da tecnologia” vinculado à concepção de saúde como “bem de consumo” (e não como um direito), para que se reconheça, sem nenhum desmerecimento aos outros serviços de saúde e especialidades, a urgência de se inverter a proporção de profissionais especializados na atenção básica em relação aqueles dedicados a outros serviços de saúde.

### 2.2 Atenção Básica, o Público e o Privado

Evidentemente a forma de organização dos serviços de saúde privados no Brasil é centrada no acesso direto a especialistas e hospitais. Em alguma medida, embora o SUS esteja inscrito na carta magna do país, afirmar a superioridade da atenção básica, significa atualizar o embate público x privado. É necessário fazer conhecer à sociedade o impacto iatrogênico, os danos que um sistema de saúde baseado no livre acesso à especialistas, exames e hospitais, produz na população. Barbara Starfield, analisando o mercado de saúde dos EUA aponta que a terceira causa de morte naquele país é consequência de intervenções médicas. A fragmentação da atenção, a desresponsabilização e a dificuldade de abordar as pessoas de forma global, são as características mais fortes da lógica de mercado na organização dos serviços de saúde, sem contar a tendência de custos crescentes. A afirmação e legitimação da atenção básica passa necessariamente pela explicitação para a sociedade destes aspectos, em que algumas características muito importantes da ABS estão em conflito com características muito fortes do sistema privado. Além disto, é necessário observar que a crença na superioridade da fragmentação de especialistas é extremamente lucrativa, na medida em que diversifica produtos e estimula demandas.

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, p. 32).

Esta poderosa mistura de interesses econômicos, lógica de consumo e desejos de panacéias milagrosas torna o debate em torno da atenção básica e sua abordagem generalista, um enfrentamento político delicado, apesar de fartamente amparado em estudos científicos, principalmente porque na prática, a população tende a atribuir maior “qualidade” ao maior valor de troca (procedimentos e profissionais que custam mais) e grande valor de troca ao ‘direito’ de não participar da cura, mas sim ‘comprar’ a sua cura. Nesse sentido, podemos dizer que a clínica dominante, com a sua forte herança do ambiente hospitalar especializado, um pressuposto de passividade do usuário e todo um forte reducionismo biologicista, adequa-se melhor à lógica dos mercados, do que a ABS, ao menos potencialmente.

O enfrentamento em direção a construção da Atenção Básica requer tanto uma forte argumentação sustentada por diversos atores políticos, quanto uma ação efetiva da atenção básica existente atualmente, possibilitando efeito demonstração.

### 2.3 Coordenação Clínica e Função Filtro

A complexidade da construção da ABS no Brasil decorre ainda do fato de que desenvolvemos uma tradição que frequentemente opõe as atividades de prevenção/promoção com as atividades clínicas dos profissionais de saúde, principalmente a clínica individual. Esta tradição, além de tomar estas duas dimensões da prática clínica (individual e coletiva) de forma dicotômica,

ainda secundariza a atividade clínica em relação às atividades de prevenção / promoção. Em certa medida, esta oposição é histórica e fortemente influenciada pelo debate anterior à criação do SUS, em que não cabia ao Estado possibilitar acesso à clínica individual, restringindo suas intervenções à prevenção/promoção. Foi lentamente que a atenção básica introduziu a atividade clínica, ainda assim com forte restrição a alguns programas dedicados a patologias de maior prevalência. Durante muitos anos não era incomum que os usuários só pudessem utilizar a atenção básica com consultas agendadas (para algumas poucas patologias). Ainda hoje, pode-se perceber a presença desta tradição, desvalorizando a clínica individual / familiar e dificultando a qualificação das funções clínicas da atenção básica, embora atualmente não se compreenda, no campo teórico, a prevenção e a promoção na atenção básica dissociadas da clínica. Além disto, existem vários âmbitos de prevenção, inclusive a prevenção quaternária (TESSER, 2010), que requerem uma relação clínica qualificada com o sujeito (individual ou coletivo). A própria legitimidade de uma equipe junto à sua população adscrita, depende da capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde desta população. Até mesmo realizar uma pequena sutura, ou outra pequena cirurgia, não é somente um conforto, que evita o estresse e o tempo de locomoção para um serviço de emergência, mas também é uma possibilidade de reforçar um vínculo terapêutico (muitas vezes permitindo encontros com usuários saudáveis que utilizam menos o serviço). Ou seja, clínica, promoção e prevenção se misturam na prática dos profissionais de Atenção Básica. Porque os indivíduos que adentram um serviço de saúde trazem suas histórias, suas relações familiares, de trabalho, as várias instituições e grupos de que participam. Uma pessoa atendida pontualmente por um profissional de saúde na atenção básica, segue vivendo imersa em uma teia de forças cotidianas, que tanto podem contribuir quanto atrapalhar (muitas vezes ao mesmo tempo) o enfrentamento de problemas de saúde. Portanto, é fundamental conjugar a compreensão e as ações coletivas e individuais, já que a divisão tradicional entre prevenção/promoção e clínica individual é aplicável em um número cada vez mais restrito de ações e o velho jargão que associa a atenção básica a um predomínio da prevenção/promoção em relação à clínica, precisa ser superado.

Apesar de todos os avanços e da Estratégia de Saúde da Família, principalmente experiências clínicas no campo da saúde mental na Atenção Básica (LANCETI, 2008), esta tradição provavelmente influencia a dificuldade que tem existido no Brasil de implementar as funções de Filtro e de Coordenação Clínica. A função filtro (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2005) ou porta (SATERFIELD, 2000) atribui para a atenção primária, menos uma prerrogativa burocrática de triagem, do que uma capacidade técnica. Os profissionais da atenção básica têm que desenvolver uma capacidade especial de distinguir situações que requerem a atuação de serviços especializados num contexto de baixa prevalência. O vínculo terapêutico e o seguimento longitudinal da população adscrita, no decorrer dos anos, facilitam este diagnóstico. Ao contrário do que frequentemente é divulgado pela mídia não é principalmente através de exames de laboratoriais com poucos critérios (*screenings* e *check-ups*) que se faz a maior parte destas avaliações. Isto porque, para qualquer exame laboratorial, os resultados verdadeiramente positivos (entre todos os resultados

positivos) variam com a prevalência da patologia. Ou seja, quanto mais rara é uma patologia numa população, mais chance se tem de obter um resultado falso positivo em um exame realizado com pouco critério (GRIMES, 2002). Por isto, o manejo de exames e procedimentos diagnósticos por profissionais especialistas em atenção básica tende a ser diferente do manejo de outros especialistas. Por definição, salvo exceções, quem trabalha em uma especialidade (fora da atenção básica), trabalha com populações que têm alta prevalência de um determinado problema de saúde, ou mesmo um aspecto deste problema. Predominantemente na atenção básica ocorre o contrário, ou seja, profissionais atendendo uma população com baixa prevalência da maior parte das patologias. Desta forma, existe uma qualificação clínica para a função filtro, que ainda não é suficientemente valorizada na sociedade e nem por outros especialistas. Ainda é comum que especialistas em patologias proponham ações e exames para toda a população nos serviços de atenção básica, a partir de experiências clínicas com populações com alta prevalência dos problemas de saúde por eles estudados. É por isto que sistemas de saúde baseados em hospitais e ambulatorios de especialidade são altamente iatrogênicos, além de produzirem um aumento crescente de demanda de saúde. Outro resultado prático desta dificuldade clínica com a função filtro é o número de pedidos de exames desnecessários e solicitações equivocadas de avaliação de especialistas por parte da atenção básica, uma queixa constante de gestores municipais. Evidentemente a alta rotatividade de profissionais e uma clientela adscrita excessivamente grande, dificultam a qualificação desta função. Porém, este fato não exclui a necessidade de desenvolvimento de uma competência clínica que precisa ser valorizada, juntamente com o vínculo e seguimento longitudinal. E Tudo isto precisa estar acompanhado de um debate político e técnico com a sociedade, desde as comunidades adscritas de cada equipe de saúde. Só assim se pode evitar que a função de filtro se reduza a uma atividade burocrática de restrição de acesso outros serviços de saúde, o que desmerece o SUS perante a população e aumenta o valor de mercado e a legitimidade social dos serviços privados.

Mas a capacidade de filtragem dos pacientes que necessitam de acesso a outros serviços precisa estar também acompanhada de uma outra função muito importante da atenção básica que é da **coordenação clínica**.

Evidentemente a coordenação não é uma exclusividade da atenção básica. Quaisquer serviços de saúde (como grandes hospitais, por exemplo) em que o usuário seja acompanhado por vários profissionais de saúde, precisa delegar a função de coordenação a um (ou alguns) profissionais (ou mais adequadamente para uma pequena equipe de referência (CAMPOS, 1999). Ou seja, delegar claramente o papel de investir no esforço de uma compreensão global, dialogada com o usuário a partir de um vínculo terapêutico e dialogada também com outros profissionais de saúde. No entanto, no plano do sistema de saúde, quem tem incumbência de assumir a coordenação do paciente é a Atenção Básica. A atenção Básica compartilha usuários com outros serviços, mas nunca os “encaminha”, no sentido de transferir responsabilidade.

A coordenação implica em algum grau de incerteza porque a (falsa) “certeza” na qual os profissionais mais especializados frequentemente se apoiam, é obtida frequentemente à custa

da fragmentação de seu objeto de trabalho (focalizando em um órgão ou patologia cada vez mais restrito), o que significa dizer que ela é obtida por uma exclusão progressiva e artificial de variáveis. Em algumas situações (ou por determinados momentos) é possível “tomar a parte pelo todo”, adotando este procedimento de exclusão de variáveis, sem causar danos. Porém, quando há vários especialistas agindo sobre uma pessoa, quando as situações envolvidas são complexas e quando o vínculo terapêutico é importante para que o próprio usuário possa participar dos processos de decisão clínica e suas implicações, neste momento alguém (ou alguns) precisa se responsabilizar por “juntar tudo”. Neste momento, variáveis relativas ao contexto, à família, à rede social e ao impacto singular que as patologias e os tratamentos têm na vida concreta de cada sujeito, precisam ser ponderadas a partir de uma abordagem global e de preferência histórica. Não é tarefa simples e nem padronizável. Um esforço de compreensão global não significa uma compreensão “total”, nem a substituição ou competição entre profissionais. Significa, no caso da Atenção Básica, enfrentar uma tradição que ainda permite que os usuários que apresentam um problema mais grave de saúde, sejam encaminhados para serviços especializados, abandonando a atenção básica. Coordenar na Atenção Básica requer um esforço de compreensão dos problemas mais graves, de entendimento das diversas opções de cada especialista envolvido e um diálogo aberto em diversas direções. Apesar do diálogo, existe o exercício de um papel diferenciado que precisa impor-se através de um saber singular e inclusivo de variáveis e problemas. Para que este papel se constitua na ABS, é necessário, além de uma mudança de cultura no SUS. É necessário dar centralidade e atribuir valor para o saber da atenção básica, baseado no vínculo, no seguimento e na construção de um conhecimento, cujo mérito principal é ser “singular” e não generalizável (embora exatamente por isto inclua – e não negue – o geral/universal das patologias). Mas em que seriam “especialistas” os profissionais da atenção básica? Na sua clientela adscrita, tenha ela as características que tiver. Fazer a coordenação implica uma disponibilidade para o diálogo interdisciplinar com a ousadia de pensar para além de cada uma delas, avaliando a validade real das propostas de cada uma, para cada usuário em cada momento. Muitas vezes parte desta atividade de coordenação é chamada de “*advocacia*” em favor do usuário (STARFIELD, 2002), o que demonstra a forte âncora no vínculo e no diálogo com os pacientes. A clínica ampliada, tal como ela é proposta pela PNH, incorpora e valoriza a coordenação clínica, e contribui para sua prática na medida em que oferece uma crítica construtiva aos diagnósticos.

A coordenação clínica e a função filtro requerem uma inserção qualificada da Atenção Básica na rede assistencial. Para isto os tipos de contratos entre outros serviços do SUS e atenção básica, assim como a própria concepção de gestão, precisam ser qualificados.

### 2.4 O Desafio da Gestão da Atenção Básica

#### a) O problema da “ocupação inadequada” de cargos gerenciais do SUS

Embora a dificuldade de fixar profissionais na ABS seja multicausal, certamente a vulnerabilidade do SUS às indicações políticas para cargos de coordenação de serviços contribui bastante,

não só para a rotatividade dos profissionais, como também para o desgaste e a frustração dos trabalhadores. Embora seja urgente, para todo o SUS (Municipal, Estadual e Federal), o debate em torno da pertinência (ou não) de se utilizar o setor de Saúde para acomodar a base partidária dos governos, em relação a ABS a urgência é maior, porque o impacto direto de um mau gestor também é potencialmente maior. Além dos danos diretos decorrentes do fato de que pessoas indicadas sem critério técnico, por este ou aquele político local, introduzem na rotina do serviço de saúde as obrigações de vassalagem para com o “dono do cargo”, existe o fato, mais importante, de que a ABS do SUS não tem um projeto de qualificação gerencial. A primeira necessidade é que haja um amplo debate sobre o assunto para estabelecer critérios técnicos para a ocupação de cargos gerenciais relativos à ABS. É importante frisar que critérios técnicos é algo muito distinto de critérios corporativos (reservas para esta ou aquela profissão). Algumas poucas cidades do Brasil conseguiram avançar ao ponto de estabelecer um setor responsável por fazer processos seletivos internos, com provas e entrevistas, que selecionam os gestores entre os próprios trabalhadores de saúde do município. Este desenho tem se mostrado um avanço enorme em relação às indicações arbitrárias e circunstanciais, mas ainda é insuficiente e precisa ser adaptado para municípios pequenos, provavelmente com apoio das secretarias estaduais de saúde. A democratização institucional, um compromisso inscrito nos princípios da PNH, nos permite acreditar que o melhor desenho deveria incorporar a experiência desenvolvida por estas cidades, mas associá-la com um processo participativo, em que os trabalhadores possam escolher ou vetar os candidatos a gerentes selecionados. Este processo, apoiado por uma instância gerencial externa, permitiria que cada “candidato” a gestor apresentasse seus objetivos e sua forma de trabalhar. Permitiria também aos trabalhadores que apresentassem seus temas, suas dificuldades, suas necessidades. Tal processo de escolha aumentaria enormemente a legitimidade dos gestores e possibilitaria que se pudesse debater e definir o papel dos gestores em cada serviço de saúde, a cada momento. Estas definições permitiriam também um processo de avaliação rotineiro do gestor (também a ser realizado com apoio externo) a partir de critérios pactuados com a equipe desde o momento de escolha. Esta proposta não desconhece, tal como aponta Campos (2000) com o Método Paideia, que gestores, trabalhadores e usuários têm sempre, em alguma medida, interesses divergentes. E justamente por este reconhecimento da necessidade de se fazer contratos e compromissos sempre provisórios na organização, é que se aposta na construção de espaços coletivos democráticos. A implantação destas e outras propostas em direção à qualificação gerencial e democratização organizacional, traria a possibilidade dos trabalhadores se tornarem atores mais fortes na construção do SUS, diminuiria um pouco a rotatividade de profissionais e diminuiria a vulnerabilidade dos serviços à sazonalidade eleitoral.

### **b) As funções gerenciais mais importantes**

O modo mais comum de se fazer gestão em saúde, em grande medida influenciado por princípios tayloristas (CAMPOS, 1998), tende a ser padronizante e quantitativo. Grande parte do tempo dos gestores é gasto com o controle das prescrições de tarefas, programas e protocolos. Evidentemente

o controle é parte da gestão. No entanto, a gestão não pode se reduzir às atividades de controle (CAMPOS, 1997). O trabalho em saúde requer autonomia relativa dos profissionais para adequar em sua prática clínica e suas ofertas terapêuticas para a singularidade de cada usuário. Se isto é verdade para qualquer serviço de saúde, é mais relevante na Atenção Básica, onde a adscrição e o compromisso de ser resolutivo para a maior parte dos problemas de saúde, obriga uma abordagem específica para cada população. Para isto é necessário que se refaçam os contratos e se incorporem tecnologias gerencias mais participativas e singularizantes (com objetivos e critérios de avaliação específicos para cada equipe e clientela adscrita, em cada momento). O trabalho “alienado”, submisso e acrítico é perigoso para os usuários e nocivo para a saúde dos trabalhadores, além de contribuir para a progressiva desresponsabilização dos trabalhadores em relação às decisões das quais ele não participa. A Função Apoio (CAMPOS, 2003, p. 85) é uma tarefa dos gestores que permite valorizar e qualificar esta dimensão não padronizável do trabalho em saúde. Esta atividade gerencial *inclui suporte à grupalidade das equipes, contribuição para o aprendizado da equipe no manejo de conflitos, estabelecimento de regras claras para o funcionamento das reuniões de equipe e outros espaços coletivos de decisão, mediação de olhares externos ao grupo* (indicadores de avaliação, outros atores sociais, casos analisadores, eventos sentinela etc). O Apoio também supõe que os profissionais e as equipes muitas vezes tomam decisões e “funcionam” mobilizadas por forças inconscientes (padrões de transferência afetiva entre o serviço de saúde e certos tipos de usuário, diferenças de classe social, origem cultural e formação profissional) e é uma função do gestor possibilitar o aumento da capacidade das equipes de compreenderem (analisarem) estas forças e assim aumentarem também a capacidade de intervenção clínica. As contribuições de Michaël Balint (BALINT, 2005) também são extremamente úteis à função de apoio dos gestores à clínica dos profissionais da ABS. Balint trabalhou com o problema da qualificação dos médicos generalistas (*general practitioner*) da Inglaterra em meados do século XX através de grupos supervisionados para discussões de casos clínicos. O autor trabalhava com a premissa de que alguns aprendizados importantes da clínica não ocorrem somente no plano cognitivo (ou seja, aulas cursos e textos), mas precisam de espaços protegidos para que os profissionais possam lidar com a própria subjetividade. No Brasil existem várias experiências adaptando os grupos tradicionais para o momento e a singularidade do SUS Grupos Balint-Paideia (CUNHA, 2009), que muito podem ajudar os gestores nesta tarefa de apoio à clínica.

Estas atividades de apoio dos gestores às equipes implicam em um aprendizado do gestor e em alguma capacidade de separar o “ser gestor” e o “estar gestor” (ONOCKO, 2003), de forma que os desafios e a incerteza a que o gestor vai estar exposto não sejam sempre tomados como ameaça à algum tipo de identidade da pessoa com o cargo que ela ocupa (nem o “chefe” nem ninguém pode estar com a razão o tempo todo). Ou seja, nada mais importante para um gestor do que saber ouvir críticas ao resultado do seu trabalho, sem tomá-las como ofensa pessoal.

**c) A valorização dos profissionais do SUS**

Pode-se observar sem muito esforço que mesmo diante das mesmas condições, as vezes desfavoráveis, duas ou mais equipes e profissionais de saúde, conseguem resultados surpreendentemente diversos. A PNH tem procurado valorizar estes serviços e profissionais iluminando modestamente o “SUS que dá certo”. No entanto, é ao mesmo tempo que se busca esta valorização, que se percebe que a gestão do SUS, não só na ABS, têm grande dificuldade de valorizar os serviços e os trabalhadores mais dedicados e eficazes. O resultado desta baixa capacidade gerencial é uma valorização dos profissionais que têm baixo compromisso com seus usuários ou muita dificuldade técnica. Em relação à alguns profissionais pode-se verificar em muitos serviços uma pressão da corporação para que ele não se destaque da média, na qualidade ou na forma de trabalhar. Ou seja, a ausência de políticas que permitam valorizar profissionais e serviços mais qualificados, é, na verdade, muito menos do que “neutra”. É uma ação punitiva.

Por um lado é necessário, como já foi abordado acima, qualificar a gestão, para que se possa construir conjuntamente indicadores singulares de avaliação para cada equipe em cada momento. Para ilustrar rapidamente um pequeno aspecto desta questão, basta lembrar que equipes responsáveis por populações com IDH menor, terão resultados piores em muitos indicadores de saúde, mesmo que sejam muito melhores que outras equipes que atuem com populações mais saudáveis. Por outro lado, neste processo de qualificação, é preciso criar critérios claros, discutidos coletivamente com as equipes, para distribuição de benefícios. Em grande parte do SUS, muitas vezes apesar de uma configuração salarial menor que a desejável, muitos outros benéficos são distribuídos pelo gestor direto. Por exemplo, não é incomum que os trabalhadores tenham facilidades para continuar sua formação, e mesmo não raramente tenham acesso a cursos oferecidos gratuitamente, muitas vezes até mesmo no horário de trabalho. Além disto, não é incomum que o SUS seja um empregador bastante permissivo em relação a congressos e eventos técnicos, liberando os trabalhadores. Evidentemente que estas concessões qualificam o serviço, mas com que critérios e prioridades elas são distribuídas? Não é raro que a prioridade para ir a eventos e cursos seja dada aquele profissional que “faz menos falta” ao serviço, numa punição indireta aos profissionais que pela qualidade do seu trabalho, são considerados mais importantes para o serviço. Da mesma maneira pode-se colocar diversos outros benefícios e facilidades, geralmente distribuídos a partir de critérios mais pessoais de cada gestor, para que façam parte de uma lista e sejam distribuídos a partir de critérios discutidos com toda a equipe. Por exemplo, em relação ao profissional médico, onde o problema de atraso fosse importante, um certo número de queixas de pacientes por atraso do profissional poderia ser um critério para diminuir prioridade do profissional. Da mesma forma, alguns tipos equívocos na solicitação de exames ou compartilhamento com especialistas, assim como alguns tipos de queixas de usuários, podem entrar como critério, desde que pactuados com os profissionais. Da mesma forma com os outros profissionais da equipe. Por outro lado, a realização rotineira de atividades consideradas importantes na ABS, como visita domiciliar, coordenação de casos, atividades de promoção a

saúde, participação em reuniões de equipe entre outras, nem sempre realizadas, pode ser critério mínimo para acesso a alguns benefícios. Evidentemente nada disto exclui o movimento político de valorização de equipes e serviços de saúde, na mesma linha da PNH com o “SUS que dá certo”, possibilitando o destaque e o reconhecimento público daqueles serviços mais qualificados.

Tudo este movimento pode colocar em debate aberto com as equipes, questões muito importantes no trabalho em saúde: (1) as diretrizes do SUS e os aspectos que precisam ser valorizados, (2) quais critérios e indicadores mais adequados (a cada momento) para pautar o diálogo entre a equipes e os gestores, (3) quais destes critérios são individuais e quais são coletivos (por equipe, ou por várias equipes).

### **d) Gestão do SUS e a participação dos usuários: um convite à democracia direta e ao profissionalismo.**

Não é incomum que gestores de serviços de saúde e profissionais de saúde, diante dos limites diversos que o SUS ainda apresenta, encontrem-se em uma posição subjetiva antagônica aos usuários. Muitos serviços de saúde, por exemplo, quando recebem a “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”, preferem não facilitar a sua distribuição ao usuário. Dizem coisas como “Já estamos tão sobrecarregados, que se o usuário exigir mais de nós, não vamos aguentar”. Quando perguntamos se, no entanto, discordam de algum item dos direitos dos usuários, os profissionais dizem que não, que, pelo contrário, concordam com ela. Neste contexto quando, eventualmente, um usuário se vê prejudicado e reclama de dificuldades no atendimento, não é incomum que se estabeleça um conflito pessoal, em que o desejo do trabalhador é que não haja reclamação por parte do usuário. O grande problema é que diante dos desafios do SUS é justamente o conformismo o grande adversário. A indignação, a reclamação e finalmente a mobilização política, são as únicas possibilidades de um sistema público se transformar e até mesmo se manter. E isto é mais verdadeiro na medida em que o SUS está atrelado ao jogo eleitoral, em todos os níveis. Os gestores de serviços de saúde, assim como os profissionais de saúde podem, ao contrário, exercitar a habilidade política para demonstrar aos usuários que, além deles, os trabalhadores são os maiores interessados na qualidade do serviço. É preciso aprender a compartilhar as dificuldades sem buscar uma aceitação / compreensão passiva do usuário. Obviamente que isto implica para os trabalhadores e gestores (também) uma posição política diante dos problemas. Trata-se de buscar a construção de cidadania. Se imaginarmos que cada equipe de Atenção Básica tem hoje pelo menos 3000 pessoas vinculadas a ela, e que temos ao menos 30 a 40% da população brasileira coberta pela atenção básica, podemos dimensionar a potencialidade de uma parceria com os usuários da Atenção Básica em um movimento de afirmação do SUS. Trata-se também de um importante aprendizado político para a população incorporar uma certa capacidade de diferenciar as pessoas que trabalham em um serviço de saúde, das diversas causas dos problemas que o incomodam, assim como a complexidade de algumas “soluções”. Alguns setores do SUS conseguem fazer este movimento político com relativo

sucesso (por exemplo, o Programa de DST-AIDS e a Luta Anti-Manicomial) e produzem, além de serviços melhores, um saudável “efeito colateral” terapêutico para o usuário, que afirma seus direitos, sua diferença, contribuindo não só com a qualidade do serviço de saúde mas também com transformações culturais e políticas na sociedade.

Na Atenção Básica, embora de uma forma menos visível, temos inúmeros exemplos positivos também. Porém não temos a mesma tradição destes movimentos. Talvez uma das dificuldades existentes para efetuar este tipo de movimento, seja uma aposta exagerada na democracia representativa em detrimento da democracia direta. Existe um hábito comum de valorizar mais a representação indireta no conselho local da unidade de saúde, ou no conselho municipal, do que a democracia direta. Em vez convidar o usuário para falar com o “seu representante” no conselho local de saúde (ou mesmo para frequentar este espaço) é preciso convidá-lo para enfrentar diretamente o problema que o aflige. Não se trata de “educá-lo” nem de fazê-lo “entender como funciona o SUS” (leia-se aceitar). Trata-se de convidá-lo a lutar pela qualidade de serviço de saúde que é um direito seu, mesmo que o seu desejo em relação ao sistema de saúde seja equivocado, do nosso ponto de vista.

Outro possível motivo que pode contribuir para a dificuldade da Atenção Básica de reconhecer no cidadão um aliado político, é uma visão “paternalista” de Estado. Em alguma medida o Estado encarna um “grande Pai” (mais recentemente talvez, um “*big brother*”) cuja relação preferencial é de submissão, de atendimento da expectativa de que resolva por “nós” e para “nós”. Na saúde esta relação infantilizante pode ser mais desafiadora, porque muitas vezes o adoecimento fragiliza as pessoas. No entanto, é muito curioso o fato de que os serviços de saúde mais democráticos, que de certa forma são “ocupados” pelos usuários e onde estes e o próprio serviço se corresponsabilizam por buscar soluções para os seus problemas, é muito curioso que estes serviços, em vez de responsabilizarem o Estado, uma vez que adquirem maior autonomia, ao contrário, conquistam um “poder de negociação privilegiado” com os governos. Exemplo disto é que, como regra geral, todo gestor “conversa” com a Política de DST-AIDS sabendo que, mesmo quando senta à mesa com “seus funcionários”, está conversando na verdade com um movimento político com uma base social mobilizável, com capacidade de falar à sociedade e de defender seus direitos. É claro que a relação dos “técnicos” com os usuários não é uma relação tranquila de “controle”, de manipulação, mas sim de uma parceria sempre tensa. O que significa uma grande capacidade de trabalhadores e gestores de serviço de aceitar diferenças de posição, de opinião e, principalmente, críticas.

Outra possível dificuldade para que a Atenção Básica possa trilhar este tipo de caminho na relação com os usuários é a crença, inconsciente muitas vezes, de que a Atenção Básica, não é afinal um direito. Ainda existe uma forte identificação do setor público com a ideia de “missão” religiosa. É como se fosse tão extremadamente ruim e difícil trabalhar no setor público, que fazê-lo tem que ser uma “missão” pessoal e não uma escolha profissional. Se num momento de criação

do SUS este pioneirismo foi muito importante, para a consolidação e sobrevivência do sistema público, ele é francamente insuficiente, senão danoso. É preciso enfrentar o sentido de “caridade” no serviço público, que acaba humilhando usuários e permitindo que se alimente a ideia de que ele, ou seu bairro, ou sua condição é tão miserável, que um profissional “normal”, não religioso, não se dignaria a atendê-lo. Esta mistura do SUS com caridade, ainda que muitas vezes seja sutil, pode até possibilitar algum consolo ao profissional, ou um certo poder político devocional (“Deus no céu o doutor na terra”), mas corrompe a possibilidade construção de cidadania e de direito à saúde. Alimenta indiretamente a proposta de Atenção Básica como “cesta básica de pobre, para o pobre”. O que não significa que toda experiência religiosa dos profissionais seja problemática, mas sim que a expressão destas experiências no trabalho merece sempre muita atenção, até mesmo que o SUS seja laico. A análise e conversa sobre estes possíveis afetos no cotidiano dos serviços pode ser de grande valia construção de cidadania e pode ter inúmeros desdobramentos positivos, como enfrentamento de uma certa tradição brasileira na relação com o Estado em que o acesso à direitos passa por algum tráfico de influencia, pela “benção” ou generosidade pessoal deste ou daquele funcionário público que, “somente neste caso”, vai possibilitar um atendimento melhor.

### **e) Criando espaços de diálogo entre a ABS e outros serviços da rede: a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial**

Um aspecto fundamental da gestão na Atenção Básica é a definição de parâmetros e espaços oficiais de encontro entre serviços de atenção básica e os outros serviços da rede assistencial. Em geral o tipo de relação que se estabelece é de encaminhamento de paciente de um serviço para outro. Praticamente não existem espaços oficiais de conversa entre a ABS e outros níveis de atenção. Nem mesmo se sabe, muitas vezes, na ABS, o nome dos profissionais que atuam em outros serviços de saúde (solicitam-se “vagas” para esta ou aquela especialidade sem nem sequer saber quem atenderá o paciente). Na relação entre os serviços é preciso que se possa singularizar as decisões e articular as ações de acordo com as necessidades dos usuários. Uma determinada população com alta prevalência de determinado problema pode requerer um tipo de ação sinérgica entre um hospital (ou serviço especializado) e uma ESF, que não é necessário em outras populações / equipes. É um desafio para o SUS na constituição de uma lógica sistêmica, pensar formas de qualificar e personalizar esta relação entre a atenção básica e os outros serviços. O processo de regionalização e descentralização iniciado pelo Ministério da Saúde (principalmente a partir das formulações do DAD – departamento de Apoio à Descentralização) tem contribuído com este desafio, mas existe ainda muito o que caminhar. Concretamente quando municípios menores “compram” consultas ou acesso a tratamentos em ambulatórios de especialidade ou hospitais, em municípios maiores, quase sempre institui-se um problema de qualidade na atenção de pacientes graves e crônicos, e que necessitam de uma ação de coordenação clínica por parte do profissional da atenção básica e, portanto, um fluxo de comunicação entre esta e os outros serviços de saúde. O que ocorre frequentemente é uma fragmentação da atenção, um

isolamento do trabalho, uma padronização de ações por patologia em vez de uma singularização da atenção, com ação coordenada e sinérgica entre os profissionais envolvidos. A proposta de hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a partir do acesso universal à atenção básica, com implantação de um modo de funcionamento baseado nas equipes de referência e apoio matricial, pode contribuir muito na superação deste desafio, mas exige dos gestores que inventem formas de apoiar e coordenar conversas diretas entre os profissionais responsáveis. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, possibilita aos gestores construir uma lógica de comunicação e responsabilização entre a Atenção Básica e outros serviços de saúde, de forma que estes últimos fazem o apoio matricial especializado para as equipes da Atenção Básica, compartilhando saberes e o cuidado de pacientes graves e crônicos.

### 2.5 Conclusão

O desafio de qualificar e universalizar a cobertura assistencial de Atenção Básica requer ações articuladas de macro e de micropolítica. As considerações acima, embora muito breves e incompletas, demonstram que existem algumas dificuldades cujas soluções não são automáticas no contexto atual do SUS, porque não se restringem ao âmbito dos governos. A Estratégia de Saúde da Família, embora tenha trazido novos parâmetros e possibilidades para a Atenção Básica, é insuficiente, isoladamente, para equacionar as questões apontadas acima. Além disso, é necessário desenvolver tecnologias de apoio gerencial que possam auxiliar os municípios maiores, com modelos tradicionais de atenção básica, a efetuar uma transição de modelo assistencial e aumentar a cobertura. É necessário investigar a hipótese de que modelos de transição para a ESF incorporem características importantes da ABS como a função Filtro e a Coordenação, através da adscrição personalizada para os profissionais disponíveis (cada clínico, pediatra e ginecologista, com um número definido de pessoas sob sua responsabilidade).

Problemas como o papel dos municípios em relação à ABS (a “estranha liberdade” os municípios de apostar ou não na Atenção Básica) e problemas em relação aos trabalhadores para a ABS, dependem de mudanças estruturais em algumas “regras do jogo”. Embora todos os governos sejam atores políticos, problemas desta dimensão, exigem a presença de outras forças políticas da sociedade. Está em questão, na encruzilhada da Atenção Básica, a materialização do direito universal à saúde e, por conseguinte, estão em jogo forças sociais contra e a favor a efetivação deste direito, assim como do predomínio da saúde como mercadoria ou como direito.

Esta dimensão política, por sua vez, não se separa de uma dimensão técnica: a falta de atenção básica faz mal à saúde. É necessário enfrentar o fato de que, contra todas as evidências científicas, ainda é muito forte, até mesmo entre setores organizados dos trabalhadores, o desejo social de um sistema que propicie acesso direto e livre a serviços especializados, sem o filtro da atenção básica. As dificuldades estruturais e a insuficiência da rede assistencial especializada ainda produzem, de forma inaceitável, experiências com o SUS que fortalecem este desejo e

enfraquecem a Atenção Básica. É necessário tanto um debate técnico-político com a sociedade, quanto expandir ao máximo o efeito demonstração do SUS. Para ambas as coisas são necessárias novas formas de fazer a gestão e a política para o SUS. A gestão do SUS precisa se debruçar sobre a clínica, buscando ampliar a clínica. Mas precisa também se aliar tanto aos trabalhadores (com a democracia organizacional) quanto à população (com novas formas de participação política). É preciso evitar uma situação que divide os atores sociais entre os que acreditam e defendem o SUS (quase romanticamente) e aqueles (incluindo a mídia) que o atacam. Esta dicotomia é paralisante porque de fato há ainda muitos problemas a resolver. Os movimentos sociais em defesa do SUS, os trabalhadores e os gestores podem enfrentar, os limites e os desafios do SUS, sem deixar de afirmar as vitórias e as potências do SUS, saindo de uma posição defensiva para uma outra mais propositiva. Seguramente não é um movimento simples reafirmar o e aprimorar o SUS diante das dificuldades atuais, mas seguramente é mais fácil técnica e politicamente do que a própria criação do SUS, que se deu num contexto imensamente mais adverso. Ou seja, os recursos políticos e culturais existem e podem ser acessados.

### Referências

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Prevenção em Saúde**, v. 23, n. 1, jan./jun. 2005.

BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o paciente**. São Paulo: Manole, 1976.

BALINT, M. **O médico, o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

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

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

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n. 2, mar./abr. 2007.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção primária: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2008. 96 p.

CUNHA, G. T. A. **Construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T.; SANTOS D. V. D. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint Paideia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção primária: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo. Hucitec, 2008, 34 p.

GÉRVAS, J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. **Gac. Sanit**, v. 20, Supl. 1, p. 127-34. Mar. 2006.

GÉRVAS, J.; FERNANDEZ M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Ver. Bras. Epidemiol.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GERVAS, J.; FERNANDEZ M. P. **Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2006. Texto se basea en la presentación del primer autor en el “First Seminar of Primary Care”, celebrado en la Facultad de Medicina de La Universidad de Sao Paulo (Brasil), del 22 al 24 de marzo de 2006.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. Uses and abuses of screening tests. **The Lancet**, [S.l.], v. 359, mar. 2002.

KLOETZEL, K. Raciocínio Clínico. In: DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. Ed. Porto Alegre: capítulo 1, p. 46-49, 1996.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**, 1. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

PINTO, C. A. G; COELHO, I. B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção primária: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo. Hucitec, 2008. 323 p.

STARFIELD, Barbara. Is us health really the best in the world? **JAMA**, v. 284, p. 483-485, 2000.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; JUSTINO, A. L. Medicalização social e prevenção quaternária: conceito e prática na atenção primária em saúde. In: TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 151 p.



# 3 Saúde e Trabalho:

## Experiências da PNH e a Atenção Básica

Maria Elizabete Barros de Barros

Serafim Barbosa Santos Filho

Fábio Hebert da Silva

Rafael da Silveira Gomes



### **3.1 A Construção da Atenção Básica: Outros Modos de Cuidar, Outros Modos de Trabalhar**

O Sistema Único de Saúde (SUS) propôs, desde sua implementação, uma profunda transformação da assistência à saúde no Brasil. Ao ser definido como direito de todos e dever do Estado, a organização dos serviços de saúde emergiu como um grande desafio para um País de extensão continental, com grandes diferenças sociais e um alto índice de desigualdades econômicas e de acesso aos serviços.

Hoje, passados 22 anos, as ações apontam para a necessidade de se produzir estratégias de transformação da atenção em saúde, fundamentadas no entendimento de que as inovações implantadas no SUS nos seus primeiros anos resultaram em mudanças pouco perceptíveis na reestruturação e efetividade do sistema (SENNA, 2002).

Para substituir a prática assistencial do modelo tradicional, propõe-se uma série de alterações nas práticas e organização da assistência à saúde. Uma delas é a reorientação do foco da assistência, que deixa de ser a doença de um indivíduo, em geral entendido fora de seu contexto social e econômico, e passa ser a família. Esta deve ser entendida a partir do território em que está inserida, das relações que são estabelecidas na comunidade, das condições TTPeconômicas de trabalho e de seus habitantes.

Neste processo, ocorrido nas últimas décadas, a atenção básica foi sendo desenhada e se fortalecendo como “porta de entrada” preferencial do SUS, em detrimento dos hospitais e pronto-atendimentos, que até então, garantiam, quase que exclusivamente, o acesso aos serviços de saúde. A aposta na atenção básica como “porta de entrada” preferencial do SUS produziu a mudança do próprio objeto da assistência, que deixou de ser a doença para ser a saúde e sua promoção.

Esta inflexão do objeto de atenção e assistência amplia a noção do processo saúde-doença (GIL, 2005; BRASIL, 2001), que passa a ser localizado numa dada realidade, situada espaço-temporalmente. A definição e delimitação da área e população assistida facilitam o acesso aos cuidados de saúde pela população, uma vez que as unidades disponíveis devem funcionar como ‘porta de entrada’ preferencial para os habitantes daquele território, o que representa um avanço quando comparado ao padrão de “população aberta” adotado pelo modelo tradicional (FACCHINI, et al. 2006).

Essa transformação do modelo de atenção básica à saúde tem como um de seus pontos de destaque e de fundamental importância a organização do trabalho em equipe multiprofissional. Esta é considerada uma importante estratégia para reorganização do processo de trabalho em direção a uma abordagem mais eficaz e integral. A mudança do agir em saúde, em que as práticas convencionais focadas no indivíduo doente são substituídas por novas práticas voltadas à família

e à comunidade (ESCOREL et al. 2005), não ocorre naturalmente, nem automaticamente, ela exige uma nova organização do trabalho que permita dar conta mais amplamente, não só da saúde dos usuários dos serviços, mas também da saúde dos trabalhadores da saúde dentro desse rearranjo dos processos de trabalho, exigindo uma maior amplitude de saberes e diversidade de práticas (SILVA; TRAD, 2005).

Esse quadro nos convoca à construção de estratégias que possam, ao colocar o trabalho em análise, aumentar o poder de ação dos trabalhadores, conforme nos indicam pesquisadores no campo da Ergologia e da Clínica da Atividade, tais como *Yves Schwartz e Yves Clot*. Esses autores nos oferecem instrumentos valiosos para a tarefa de intervir nas situações de trabalho visando autonomia dos trabalhadores e, conseqüentemente, produção de saúde no trabalho.

### **3.2 Construindo uma Linha Metodológica de Análise das Articulações Saúde e Trabalho nos Serviços**

Dentro dessa articulação “metodológica” entre a saúde do usuário da atenção básica e a saúde do trabalhador inserido nessa nova organização, nos deteremos nas questões relativas ao tema saúde e trabalho. Tal articulação metodológica, que supõe uma divisão entre saúde do usuário e saúde do trabalhador, diz apenas do foco analítico, no âmbito da discussão disparada. Entretanto, é preciso tomar esses âmbitos de análise de forma articulada e indissociável.

Diante disto, podemos afirmar que, o que tem movido nossas ações nos serviços de saúde, e aqui, mais especificamente na atenção básica, que nos convoca a pensar esse novo arranjo dos processos de trabalho em saúde, é a construção de políticas públicas, no âmbito das articulações entre saúde e trabalho, visando à produção e promoção de saúde.

A tradição no campo da Saúde do Trabalhador tem sido a de construir “análises descritivas do processo de trabalho, privilegiando-se o trabalho abstrato, em sua forma desvitalizada e genérica, mesmo quando são feitas observações de campo” (BRITO, 2004, p. 98). Entendemos que, essa seria uma tendência que vai à contramão das propostas que buscam analisar o trabalho concreto, situado espaço-temporalmente e experimentado por “alguém de carne e osso”. As análises descritivas tradicionais não consideram a potência de aprendizagem que a experiência de trabalho porta, levando a se considerar os trabalhadores como meros executores das tarefas que lhes são designadas e “vítimas passivas desse processo de constrangimento, subordinação e exploração” (BRITO, 2004, p. 99).

Seguindo essa direção, que privilegia a análise do trabalho vivo, a PNH tem como referência conceitual-metodológica abordagens sobre o trabalho humano segundo as quais a relação trabalho-subjetividade não deve estar reduzida à luta contra o sofrimento. Entendemos que a atividade de trabalho é fonte de criação e recriação de novas formas de habitar os “verbos da vida” (ORLANDI, 2002). Abordagens, portanto, que fertilizam nossas ações, uma vez que

partem de uma concepção de trabalho que, sem desconsiderar a realidade perversa dos mundos do trabalho, marcada pela precarização do trabalho hoje, destaca os modos de trabalhar como eixos importantes de afirmação das possibilidades de vida.

Não podemos conhecer a atividade de trabalho *a priori*, pois não se trata de abordar o trabalho apenas em sua generalidade, mas, principalmente, com o que se mostra enigmático, inesperado e que se expressa nas situações mais restritivas e difíceis (BRITO, 2004). Portanto, como categoria privilegiada para as análises a que nos propomos da relação saúde-trabalho, só se efetiva nessa direção que privilegiamos, se partimos do intercâmbio com os trabalhadores.

Então, a Política Nacional de Humanização do SUS ao se “misturar”, com as questões do cotidiano do mundo do trabalho, tem como formulação políticas públicas para a saúde que partem de abordagens que afirmam um conceito de trabalho como “atividade industrial”, ou seja, atividade que envolve sempre algo como um “debate de normas” (SCHWARTZ, 2003), como criação. Essa noção implica, com base na herança de Canguilhem (1990), que há tendência de cada um renormatizar seu “meio de vida – trabalho”. A atividade industrial definida como um debate de normas significa considerar que é por meio dessas normas que podemos encontrar dentre outras a dimensão da gestão, incluindo (e aqui ressaltando) a gestão do próprio fazer cotidiano.

Assim, as ações em Humanização na atenção básica se constroem a partir de alguns princípios: afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem as equipes de profissionais e a coresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Visamos transformar os processos de trabalho em saúde e também em espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que ali trabalham. Os trabalhadores então, não só reagem aos acontecimentos, mas criam formas de se relacionar e regras específicas de divisão do trabalho – criação que implica experimentação constante, evitando-se repetir a tarefa de forma mecânica, o que seria ‘invivível’, como nos diz Schwartz (2003).

É com esse entendimento que a PNH busca fomentar nos atores que constroem essa rede o exercício pleno de suas condições como trabalhadores protagonistas de análises compartilhadas e intervenções nos seus espaços de trabalho. Lança o desafio de convocá-los no seu potencial de criação próprio dos vivos para disparar novos modos de fazer e gerir sua atividade profissional e, assim, transformar o mundo do trabalho. Pois, para além de viabilizar ambientes seguros e saneados, objetivamos superar posturas legalistas e assistencialistas e fomentar o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas, fortalecendo redes (SANTOS-FILHO, 2007a). Então, promover saúde no trabalho na atenção básica é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços de debates coletivos nas equipes.

Nessa direção, estamos compreendendo que o trabalho é espaço concreto de invenção e reinvenção de regras e usos de si (SCHWARTZ, 2003) e a gestão como função de quem está produzindo e conduzindo seu próprio fazer. Com esses referenciais a PNH utiliza um método, ou

seja, uma forma de conduzir análises e intervenções nos espaços de trabalho, de forma a traçar um caminho no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de trabalho.

Nessa direção de análise, a meta é afirmar o valor de uso do trabalho em saúde, o trabalho vivo, e reafirmar a potência criadora dos trabalhadores. Buscamos a “inclusão especial” do trabalhador e sua situação de trabalho como objeto de análise e com perspectivas de intervenção. Visamos formular e apoiar a implementação de diretrizes e ferramentas para mobilização dos trabalhadores para transformação dos processos de trabalho e produzir saúde.

As principais linhas de ação no âmbito da PNH se direcionam no campo do apoio institucional às Unidades Básicas, disparando a implementação de dispositivos e mobilização de ações no sentido de uma “formação–intervenção ampliada” (questões gerais afetas ao Trabalho e Saúde) e “específica” (tomando as situações locais de trabalho como analisadores sociais). Dessa forma, busca-se afirmar a atuação protagônica dos trabalhadores, não somente na análise e intervenção dos seus processos de trabalho, mas também na produção e/ou ressignificação do conhecimento sobre seu trabalho.

Priorizamos de modo especial o acompanhamento avaliativo dos processos, não somente no sentido de uma avaliação dos desempenhos, mas como avaliação que produz conhecimentos provenientes do que se “observa” nas relações institucionais, tomando como referencial de análise as categorias afetas à gestão do trabalho.

### **3.3 Saúde e Trabalho: dos Dispositivos de Análise Formulados na PNH**

No âmbito da PNH as diretrizes que a orientam expressam o método da inclusão no sentido da Cogestão e Valorização do Trabalho que se atualizam por meio de dispositivos, em agenciamentos coletivos concretos. Temos desenvolvido vários dispositivos nas práticas de produção de saúde que envolvem coletivos e visam promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Dentre eles destacamos, para os fins desse texto, o Colegiado Gestor, o Contrato de Gestão, o PFST (Programa de Formação em Saúde do Trabalhador) e a CAP (Comunidade Ampliada de Pesquisa).

Entretanto, é importante afirmar que os dispositivos não se constituem em formas de funcionamento prescritivas, mas se constroem a partir das experiências singulares de cada unidade de saúde, que se efetivam por meio de uma análise sempre aberta dos processos de trabalho em curso, o que nos convoca a construir novas formas de produzir intervenções. Como política pública a PNH é uma política aberta, em construção cotidiana pelos seus autores–atores.

Buscamos novas relações entre trabalhadores de saúde e aqueles que, também trabalhadores (apoiadores, consultores), portam conhecimentos específicos que possam permear e mediar diálogos cada vez mais efetivos entre todos os que povoam o cenário da saúde. Diálogo desejado entre diferentes saberes e práticas que subsidiam e orientam o trabalho em equipes

multiprofissionais. Essa concepção e método de aprender fazendo com e no próprio trabalho tem sido disponibilizado como oferta da PNH, estimulando e apoiando processos de formação nos ambientes de trabalho por meio do apoio institucional.

Os dispositivos são abordados—operados em um referencial que também se afina com esses preceitos de “abertura à coconstrução permanente”, referencial nomeado como “Apoio Institucional”, proposto por Campos (2000, p. 29). Utilizamos o método de Apoio Institucional “[...] como uma função que transborda os limites de todas as denominações sugeridas pela Teoria Geral de Administração para papéis semelhantes”. Trata-se de uma relação dinâmica que se estabelece entre o apoiador institucional e equipe apoiada: nem uma postura de passividade ou omissão (dos consultores), nem a pretensão de operar à revelia dos grupos e, muito menos, apenas a elaboração de pareceres ou planos e a imposição de protocolos ou normas às equipes. Segundo o autor, esse apoio à cogestão objetiva afirmar e atizar a produção de coletivos organizados e ajuda a articular a produção de serviços, de instituições e dos próprios sujeitos. Campos (2000) indica a função do apoiador institucional como aquele que ajuda na gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção. O apoiador institucional compromete-se com as equipes a quem deve comunicar suas avaliações e seus achados. Nessa direção, o apoiador institucional contribui para a efetivação dos processos de Cogestão no trabalho, devendo começar com a construção de um **contrato** estabelecendo expectativas, objetivos, regras, métodos e o que mais for necessário.

Partimos, assim, nesse trabalho de apoio institucional, dos relatos de trabalhadores que, a partir das situações vividas nas Unidades de Saúde, apontam, insistentemente, para a relação dor-desprazer-trabalho. Tal relação nos convoca a interrogá-la, colocá-la em análise. Conforme Barros e Benevides, tal análise se impõe, uma vez que as mudanças no modo de produção no contemporâneo tem se caracterizado pela precarização das relações de trabalho, pela contínua perda dos direitos de proteção ao trabalhador, pelas instáveis formas de contratação, dentre outros aspectos. (2007, p. 61).

No entanto, ao invés de propor a busca de “tratamentos”— soluções para o trabalhador em sua situação individual de adoecimento, ou reivindicações, cada vez mais fragilmente organizadas orientadas para o conjunto de trabalhadores, propomos a radicalização do método da inclusão com o qual trabalhamos no HumanizaSUS. Trata-se, sim, de interferir nos processos de gestão do trabalho, trazer ao centro da cena não apenas o trabalhador (indivíduo) ou sua categoria (conjunto), mas as relações que estabelecem com o processo produtivo, com os objetos de investimento em (e de) seu trabalho.

Esse processo se faz a partir de uma perspectiva transdisciplinar, que rompe os limites das disciplinas e fazendo-se cotidianamente a partir dos diálogos com os diferentes regimes de saberes de forma a produzir intercessão nos campos disciplinares. O eixo que privilegiamos é a valorização das

demandas e dos conhecimentos advindos da experiência, considerando-se a participação dos trabalhadores como fecunda e indispensável e interferindo no modo como tem sido considerada a participação do trabalhador, com seu saber advindo, sobretudo, da experiência (OSÓRIO, 2007).

### **3.4 O Programa de Formação em Saúde e Trabalho – PFST**

A partir do referencial apresentado, os dispositivos construídos no HumanizaSUS procuram disparar a análise dos processos de trabalho. Dispositivos que têm como eixo condutor a nucleação dos trabalhadores de forma a se produzir um debate entre o saber acadêmico e o saber da experiência. O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) – em certo sentido podendo ser compreendido como um vetor dos demais dispositivos –, se nos apresenta com sua potência de problematizar as situações instituídas nos locais de trabalho de forma a interrogar os processos em curso. É nessa direção que compreendemos que não é possível ações no campo da saúde do trabalhador a não ser a partir de uma sistemática de pesquisas, debates contínuos e ações cotidianas nos locais de trabalho. Ao colocar em diálogo os conhecimentos e análises científicas com as ações práticas de mudanças, como se espera no âmbito da saúde pública, a meta do PFST é construir um observatório sobre as relações entre saúde e trabalho nos equipamentos de saúde.

O PFST tem como eixo a democratização das relações de trabalho, redimensionando a tradição conceitual e metodológica pautada na saúde ocupacional, que privilegia intervenções pontuais sobre os riscos à saúde, atribuindo aos trabalhadores a responsabilidade e o ônus pelas doenças no trabalho. Visamos colocar em análise as condições e organização do trabalho de forma a instituir novos modos de ser trabalhador da saúde. Um sistema não funciona se as pessoas não consentirem em fazê-lo funcionar, dedicando-lhe modos de subjetividade. Ao se gerir o trabalho, inventam-se formas de subjetivação e é a dedicação dessas formas subjetivas, de modos de funcionamento singulares e imprevisíveis que viabiliza o funcionamento dos sistemas. E é exatamente nesses modos de trabalhar–modos de subjetivar, que os trabalhadores são gestores de si e do mundo.

Seguindo as referências indicadas nesse texto, diríamos que na atividade realizada nas unidades de saúde está sempre presente um conflito. Na escolha de um caminho, quando um gesto é feito, outros modos de fazer foram deixados de lado, outras intenções tiveram menos força (CLOT, 2006).

O trabalhador, ainda que esteja em um processo de trabalho pautado em práticas verticalizadas, afirma sempre algo de sua capacidade de ação. Portanto, os dispositivos da PNH, exercitados por meio do apoio institucional, perspectivam fazer alianças com as possibilidades ilimitadas dos trabalhadores de criarem e recriarem suas próprias relações, o que, reafirmamos, não significa ignorar a situação de precarização das relações de trabalho no contemporâneo.

Tomamos a ampliação do poder de ação do trabalhador como principal objetivo do método de trabalho no HumanizaSUS. Ampliação do poder de ação que exige a produção de novas

formas-subjetividade, a produção de sujeitos capazes de construir estratégias para enfrentar as situações que se colocam no concreto das experiências das unidades de saúde, confrontando-as com sua própria experiência, bem como com a de outros que desempenham as mesmas tarefas nesse sentido, desenvolvendo e exercitando **competências**. E nesta perspectiva, o principal analista da atividade de trabalho é o próprio trabalhador, e não um especialista, que deve se oferecer apenas como um apoio ao deslocamento do trabalhador para o lugar de analista de sua atividade.

Estamos falando, portanto, de uma perspectiva de clínica do trabalho entendida como processo de mudança e que tem como motor a pergunta: **Como podemos conhecer o trabalho a partir de uma clínica do trabalho?** Trabalho como atividade humana, trabalho vivo, buscando o que é vivo no trabalho. O objetivo da PNH, agora em estrito senso, é fazer investigações sobre os efeitos do trabalho na saúde, uma vez que o mesmo trabalho pode inscrever-se como construção ou destruição da saúde. Nesse contexto, importa aqui demarcar a compreensão de saúde não como um estado de equilíbrio, mas como uma orientação de nossas ações, como um compromisso adquirido pela luta nos cotidianos de trabalho.

Não visamos à quantificação e à objetivação das práticas dos trabalhadores ou de seu sofrimento, pois o trabalho não é mensurável, o que não significa renunciar à sua avaliação. Propomos uma avaliação que seja uma modalidade de dar visibilidade ao que o trabalhador faz, para alcançar os objetivos definidos pela organização do trabalho, seus métodos de ação (conhecidos, analisados no âmbito de uma clínica do trabalho). O que nos parece um equívoco é pensar que a avaliação pode ser apenas objetiva e quantitativa, pois o resultado do trabalho não é o trabalho. Não há proporcionalidade entre o trabalho e seus resultados. O equívoco de frequentemente se confundir ou superpor **avaliação e medida**, em sentido tradicional e reducionista, não serve como parâmetro (teórico-político-metodológico) para a análise do trabalho, isso, sobretudo, quando se lança mão de indicadores tradicionais (SANTOS-FILHO, 2007b, 2007c). Entretanto, salientamos que as diferentes dimensões das “transformações do-no processo de trabalho” (na ótica dos produtos e resultados, dos processos-meio, das relações, da autonomia dos sujeitos, dos usos de si mesmos, etc) podem ser trazidas à tona em termos analíticos, num “movimento avaliativo” dinâmico, dialogado, coconstruído (SANTOS-FILHO, 2007b, 2007c).

É preciso fazer análise do trabalho em campo, a partir do que as pessoas têm a dizer do trabalho invisível, ou seja, da experiência do trabalho e não do seu resultado. Avaliar é, assim, conhecer o trabalho invisível e não seu resultado. Trazer a realidade do trabalho é fundamental, significa retomar o domínio do trabalho.

Uma ênfase avaliativo-analítica nesse sentido implica e requer dar visibilidade à dinâmica de renovação das práticas, atos e atitudes nos processos e relações de trabalho, renovação-inovação que se dá simultaneamente à transformação dos próprios sujeitos, isso devendo ser então reconhecido como do âmbito dos processos-produtos do trabalho (SANTOS-FILHO,

2007b, 2007c). Zarifian (2001a) abre caminhos para pensarmos a avaliação do trabalho em novos sentidos de utilidade, de eficiência, de eficácia, de estética, e o que interliga esses âmbitos avaliativos é a noção de pertinência, isto é, de significado do trabalho para os sujeitos em cena. A eficácia do sistema de saúde deve se basear no trabalho de cada um, na inteligência e paixão dos trabalhadores quando interpretam as situações que se impõem e não na obediência cega às ordens. São os trabalhadores que fazem o sistema funcionar, reafirmamos.

Em consonância com as diretrizes que descrevemos, o PFST situa-se, então, entre os esforços empreendidos para incitar a promoção de saúde no SUS. Entre seus postulados está o de que há uma indissociabilidade entre modelos de gestão e atenção em saúde. Simultaneamente ao investimento na transformação-melhoria das práticas sanitárias e atendimento aos usuários, postula-se também o investimento na transformação dos processos, relações e ambientes de trabalho, visando à promoção da saúde dos trabalhadores – investimento este que consideramos necessário e mesmo viabilizador ou potencializador dos demais, isto é, daqueles para se alcançar os usuários.

O PFST parte da problematização e intercâmbio entre saberes e experiências advindas das situações concretas de trabalho que emergem como fontes de avaliação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo e, também, analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento. Tem como método a participação de cada trabalhador que deverá se tornar multiplicador do processo de formação. Cada um, do seu próprio jeito, apropria-se dos conceitos e saberes oferecidos pelos apoiadores institucionais, faz análise da sua realidade de trabalho e apresenta suas invenções nas diferentes rodas e espaços institucionais.

Então, não nos interessa apenas associar saúde à manutenção de certas condições biológicas e ambientais; como certa compreensão do campo da Saúde do Trabalhador afirma. Entendemos sim, por outro lado, processos de produção de saúde como algo vinculado à potência do ser humano em atender ao desafio de criar e recriar normas que lhe permitam melhor lidar com um meio que a todo instante se transforma, apresentando sempre desafios com os quais se devem lidar.

Como nos diz Benevides (2007), “construir espaços democráticos de compartilhamento de saber-poder, tornar inseparável a atividade da gestão da atividade, aumentar o grau de transversalidade nas redes de trocas afetivo-comunicacionais entre os grupos, são modos de enfrentar a lógica de funcionamento instituído, baseada numa verticalização da gestão e que dificulta a apropriação de trabalho pelos trabalhadores.”

Insistimos em dizer que tais mudanças se operarão como efeito de lutas no e pelo trabalho, uma vez que, ainda conforme a autora, não podemos descartar a especificidade do objeto do trabalho em saúde que é a vida, o que nos coloca imediatamente a tarefa de reposicioná-la como coisa pública sendo, ao mesmo tempo, singular.

Nessa direção, nosso foco está dirigido para o que falam os trabalhadores do seu trabalho como alguma coisa que os provoca, que aciona sua capacidade de criação, ou seja, considerar não o trabalho como tendo uma existência em si, mas a forma como os trabalhadores criam para si perspectivas diversas. Nosso olhar é para o modo como usam de si (SCHWARTZ, 2003) para efetivar mudanças no trabalho que desenvolvem. Isso não significa ignorar as dificuldades e dramas vividos nas equipes que atuam na atenção básica, dramas vividos nas situações adversas de trabalho; é preciso analisá-las, pois não nos ajuda a simples denúncia dessas situações. Visamos construir estratégias para fortalecer os coletivos de trabalho em seus movimentos para manter e ampliar suas ações; como nos diz Clot (2006) a partir de Odonne, “a tarefa consiste, então, em inventar ou reinventar os instrumentos dessa ação, não mais iniciando pelo protesto contra as pressões ou as ‘negociando’, mas pela via de sua superação concreta”. Essa é a direção ético-política que perseguimos na PNH.

### Referências

BARROS, M. E. B.; BENEVIDES, R. D. Da Dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Ed. Unijuí, p. 61-71, 2007.

BENEVIDES, R. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561–71, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, J. *Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica.* In: FIGUEIREDO, M., ATHAYDE, M., BRITO, J. ALVAREZ, D. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A, p. 91–114, 2004.

CAMPOS G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CLOT, Y. **Territoires du travail.** Paris: Avril, 2006.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** In mimeo, 2005.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. [online]. V. 11, n. 3 p. 669–681, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: <TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-8123200600030 0015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2010.

GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. *Isso. Bras. Epidemiol.*, Campinas, v. 10, n. 3, p. 401–409, 2007

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. [online]. 2005, v. 21, n. 2, p. 490–498. ISSN 0102-311X. Disponível em: <TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X200500020 0015&lng=pt&nrm=iso>.

ORLANDI, ORLANDI, L. B. L. Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos? In: RAGO, M; ORLANDI, L. B. B.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 217- 238, 2002.

OSÓRIO, C. da Silva. As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho. In: BARROS, M. E. B., MOREIRA, M. I. B.; NOVO, H. A, ROSA, E. M. **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde**. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007a.

\_\_\_\_\_. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007b.

\_\_\_\_\_. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007c.

SCHWARTZ, Y. Travail et gestion : niveaux, critères, instances. **Revue Performances Humaines et Technique**, Paris : Octares, n. Hors-série, septembre, p.10–20, 2003.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde : algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203–211, 2002.

SILVA, I. Z. De Q. J. Da ; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF : investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface** [online], [Botucatu], v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005. ISSN 1414-3283. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-3283200500010\\_0003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200500010_0003&lng=pt&nrm=iso)>.

ZARIFIAN, P. **Objetivo, competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

4 Redes de Saúde:  
Uma **Reflexão** sobre Formas de  
**Gestão** e o **Fortalecimento**  
da **Atenção Básica**

Liane Beatriz Righi



### Introdução

Em todas as áreas, muito se tem dito a respeito da importância do trabalho em rede. No caso da saúde, especialmente nos últimos cinco anos, intensificou-se a produção acadêmica e de propostas para a operacionalização de redes na saúde. De modo geral, as publicações procuram enfrentar os desafios dos processos de regionalização e propor novas metodologias para a compreensão e análise dos processos de trabalho ou para o trabalho com as outras redes sociais.

Nosso objetivo, neste texto, é apresentar o trabalho em rede como um dos desafios para a atenção básica e propor uma pauta de prioridades na perspectiva da produção de redes de saúde. As questões destacadas resultam da reflexão sobre o trabalho com equipes de saúde e equipes gestoras e em diferentes processos de formação. A partir desse diálogo, nos preocupamos em buscar ou dar mais visibilidade para temas que julgamos estratégicos para que a utilização do conceito de rede contribua mais e de forma mais decisiva para a superação de dilemas teóricos e operacionais que tem diminuído o ritmo das mudanças na atenção básica.

Enfrentar este debate exige posicionamento (ético, político e teórico) para, pelo menos, três questões: a) de que atenção básica estamos falando? b) de quais redes estamos falando?; c) Como o conceito de redes em saúde pode compor um projeto de mudança na gestão e na atenção para a construção de um **lugar 'outro'** para a atenção básica no SUS? Este texto pretende dar ênfase a temas relacionados a esta terceira questão.

### 4.1 Descentralização e Produção de Redes no Caso da Saúde Brasileira

Não é necessário recuperar aqui o conceito de descentralização. De certa forma, realizamos isso em uma publicação anterior, na qual procuramos evidenciar o caráter paradoxal do processo de descentralização da saúde no Brasil (PASCHE *et al*, 2006). Trataremos, para balizar a discussão a respeito das redes em saúde, apenas de destacar alguns aspectos deste processo.

Para o movimento brasileiro de Reforma Sanitária, a descentralização é a estratégia para a construção de um sistema de saúde democrático; para a concepção neoliberal, ela é a estratégia para fragmentar, devolver tarefas para os municípios e favorecer processos de privatização. A proposta de descentralização, uma das lutas do movimento da Reforma Sanitária concretizou-se no embate com a descentralização proposta nos marcos do neoliberalismo.

Descentralização, Atendimento Integral e Participação da Comunidade: diretrizes articuladas do SUS, pois uma não se concretiza sem a outra. Descentralizar para quê? Para construir um SUS com atendimento integral e com participação cidadã. Contudo, acumulamos exemplos de descentralização sem mudança de modelo, descentralização com a manutenção da fragmentação e também exercitamos a capacidade para a construção de saídas. Vários autores trataram de explorar diferenças entre a **prefeiturização** e a municipalização (identificada com a proposta da descentralização); outros trataram de diferenciar a descentralização com mudança e sem

mudança de modelo e, no início dos anos 90, Gastão Campos referiu-se a reforma da reforma, deixando claro qual a tarefa que estava pela frente: a mudança dos modelos de atenção e de gestão (CAMPOS, 1992).

Na década de 90, fomos atropelados pela centralização inconstitucional expressa na Norma Operacional Básica 01/91 e reagimos com a vitalidade do movimento pela descentralização. O contexto da organização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, a participação na produção do documento, a coragem de cumprir e fazer cumprir a lei e a participação na elaboração da proposta da Norma Operacional 01/93 deu-se sob a proposta de municipalização **(Municipalização é o Caminho)**. A ênfase na municipalização era estratégica para descentralizar e a própria descentralização não era compreendida como um fim, mas como uma maneira de construir um sistema de saúde democrático e com mudança de modelo.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, ao mesmo tempo em que pauta a discussão do modelo, produz uma nova maneira para alcançar esse objetivo. A mudança de modelo não é mais o resultado de muitas experiências municipais exitosas, mas o resultado de uma adesão a uma única proposta: o Programa de Saúde da Família é apresentado como a proposta, o modelo, a forma de organizar a atenção básica. A forma de apresentar e induzir o modelo levou a simplificações e produziu subjetividades. A principal produção subjetiva foi a de que a gestão local não se constitui espaço de produção, fato que contribuiu para alterar a pauta daqueles que estavam se constituindo na pauta da descentralização-municipalização. Se, a rigor, a NOB 01/96 não é recentralizadora, ela solapa a descentralização quando empobrece a agenda da gestão local naquilo que ela teria de maior contribuição: o fortalecimento da atenção básica. Não se trata de avaliar o PSF, a forma como foi apresentado ou recuperar os motivos ou características do contexto que levaram a que assim fosse. Contudo, parece consistente sugerir que esta forma de introduzir e induzir a inovação teve efeitos sobre processos de descentralização e sobre a agenda política dos atores que tomavam a descentralização como pauta, especialmente os gestores locais. A NOB 01/96 produziu uma centralização subjetiva do SUS, uma sutil centralização que deixou claro quem tinha e quem não tinha capacidade para propor as mudanças de modelo.

### 4.2 Alguns Exemplos da Utilização Recente do Conceito de Rede pelo Campo da Gestão da Saúde

São exemplos de propostas de inovações no desenho e na gestão de redes assistenciais, o Projeto TEIAS do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, as publicações de Eugênio Vilaça Mendes<sup>2</sup> e a proposta de Redes Interfederativas, defendida por Lenir Santos, Odorico Monteiro e outros pesquisadores vinculados ao Instituto de Direito Sanitário Integrado-IDISA<sup>3</sup>. Documento da OPS, publicado em 2008, reúne

<sup>1</sup> Documento disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento\\_redes\\_versao\\_nov2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf), acesso em 01 de março de 2010, 13 horas.

<sup>2</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao\\_bibliografica\\_redes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf), acesso em 01 de março de 2010, 13h10min.

<sup>3</sup> [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3022](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3022), acesso em 01 de março de 2010, 13h14min.

textos que revisam aspectos teóricos e apresentam a sistematização de algumas experiências de desenvolvimento de redes<sup>4</sup>. Também em 2008, a OPS publicou, na série *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, um documento denominado *Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*<sup>5</sup>. Neste documento, a OPS defende a imperiosa necessidade de integração e a superação da fragmentação pela constituição de redes de serviços de saúde.

Para o Ministério da Saúde brasileiro (2008), a implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde é vista “como estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do Sistema Único de Saúde – SUS em âmbito nacional.” O documento que trata do tema assume a ênfase no processo de regionalização, como forma de contribuir para os avanços do SUS.

Entre as produções que dão ênfase à gestão em redes, destaca-se uma coletânea organizada por Roseni Pinheiro e Rubens Mattos (2006) intitulada *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. O livro reúne textos de importantes autores do campo da saúde coletiva e representa um importante movimento de aproximação do conceito de redes com o tema da integralidade. Há destaque para temas como a comunicação, a avaliação, os processos de trabalho, a micropolítica e o cotidiano das práticas de saúde. Nessa obra, vários autores buscam distanciar-se do desenho piramidal e investem na produção de imagens do SUS e dos serviços com diagramas que expressam relações horizontais, como é o caso do trabalho de Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla, que agrega ao conceito de Linha de Cuidado, a imagem da mandala na gestão de práticas cuidadoras (CECCIM; FERLA, 2006).

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS produziu uma cartilha denominada *Redes de Produção de Saúde*. Neste documento, conceitua redes de saúde como uma estratégia para qualificar a gestão e a atenção do SUS. Desta forma, a organização das políticas públicas em rede é um requisito para a produção de saúde e depende da organização do sistema de saúde e da integração das ações intersetoriais em um território. Em relação à atenção básica, a cartilha da PNH recomenda “organizar a rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde” (BRASIL, 2009, p 13).

Os documentos acima comentados não esgotam a produção do campo da saúde a respeito do tema, mas são exemplos de tentativas de explorar aspectos do conceito de rede para qualificar a gestão da saúde. É a partir do diálogo com essas produções e da observação de processos e participação em experiências de produção de redes em saúde que se propõe a reflexão a respeito de alguns aspectos do conceito de rede.

<sup>4</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_opas\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf) acesso em 01 de março de 2010, 13h12min

<sup>5</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_opas\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf), acesso em 01 de março de 2010, 13h22min

### 4.3 Redes em Saúde: Temas para um Projeto de Mudança no Modelo de Atenção e Ampliação da Capacidade de Gestão

Em trabalhos anteriores, procurei sistematizar conceitos de rede (RIGHI, 2002, 2005. Um dos conceitos bastante difundidos é o proposto por Castells (2000). Segundo ele “Rede é um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos” (CASTELLS, 2000, p. 498).

Destacam-se a seguir, categorias ou temas que poderiam aumentar a potência do conceito rede na gestão da saúde.

### 4.4 Redes e Territórios

A rede é utilizada para indicar a necessidade de conexões, mas as redes também tendem à produção de suas próprias normas e ao isolamento. Esse é um forte argumento para o desenvolvimento de redes a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS.

Milton Santos nos indica que não é possível reduzir tudo a produção de redes. Ele refere-se a um ‘acontecer solidário’, uma certa contradição entre o território (espaço vivido) e a produção de redes. Para ele,

As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns. (...) (SANTOS, 1996, p. 17).<sup>6</sup>

A tensão entre as redes e o território é tema relevante na obra de Milton Santos. Para ele, “Horizontalidades e verticalidades (grifos no original) se criam paralelamente. As horizontalidades são o alicerce de todos os cotidianos, isto é, do cotidiano de todos.[...] As verticalidades agrupam áreas ou pontos, ao serviço de atores hegemônicos não raro distantes.” (SANTOS, 1997b, p. 54). O tema das horizontalidades, para Santos, é tema discutido em relação ao território, na medida em que as “horizontalidades são o domínio de um cotidiano territorialmente partilhado com tendência a criar suas próprias normas” (SANTOS, 1997b, p. 55).<sup>7</sup>

Max-Neef *et al* (1986) disseram que para um desenvolvimento a escala humana há necessidade de redes horizontais e definiram estas redes da seguinte forma:

<sup>6</sup> SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Orgs.). *Território globalização e fragmentação*. 3. ed. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1996. p. 15-20.

<sup>7</sup> SANTOS, Milton *Técnica, espaço, tempo*. Globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b

...los actores invisibles deberían configurar redes horizontales, desarrollar acciones de apoyo mutuo, articular prácticas individuales y grupales, y así plasmar proyectos compartidos, Así será posible acabar con la atomización de su existencia. Proyectos nacionales que abran a estos sectores las posibilidades de participar en la toma de decisiones, permitirán atenuar las presiones exógenas y fortalecer los potenciales endógenos. (MAX-NEEF *et al*, 1986, p. 65).<sup>8</sup>

Para Giddens, 2002, o modelo de desenvolvimento hegemônico induz a formação de redes a partir da lógica de mercado e desencadeia processos de descolamento ou desencaixe. Nós não podemos desconsiderar a possibilidade de redes compostas de equipamentos integrados entre si, mas descolados de seu território reproduzindo a maneira como as empresas globalizadas se localizam.

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos.

No campo da saúde, a produção de redes não pode ficar restrita a articulação de serviços com características semelhantes. Embora importante e necessária, redes como as redes de emergência ou de hospitais especializados tendem ao estabelecimento de regras próprias sem considerar que cada um de seus pontos é também produzido na relação com o território que integra. Portanto, a integração de serviços é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde. Esta forma de integração, que articula serviços com características semelhantes pode ser denominada de processos de integração funcional. A rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e de qualificação da gestão e da atenção do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial. Os conceitos de entorno funcional e entorno territorial são propostos por Martin Lu e compõem a análise de Milton Santos a respeito deste tema (SANTOS, 1997).

É interessante a forma como Milton Santos trata a questão das redes que perdem a capacidade de relacionarem-se com as regiões. Diz ele: “... quando o fenômeno de rede se torna absoluto, é abusivamente que ele conserva esse nome. Na realidade, nem há mais propriamente redes...” (SANTOS, 1997, p. 211).

As redes de serviços de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo,

<sup>8</sup> MAX-NEEF, Manfred et al. Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro. Santiago: CEPUR, 1986

o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido.

### **4.5 Redes e Hierarquias, Centros, Complexidade e Níveis de Atenção**

Para ir acumulando competências para o trabalho em rede, a atenção básica precisa rever, ao mesmo tempo, o lugar que habita na pirâmide que informa a complexidade da atenção, os processos de trabalho e as formas de comunicação da equipe, a sua relação com os outros equipamentos da rede de atenção e com pontos de outras redes, como, por exemplo, as famílias, os cuidadores, as redes de produção de renda, os movimentos sociais, entre outras.

Analisar e viver a rede de atenção como se ela se resumisse a um escalonamento de níveis de atenção faz com que ninguém assuma o acompanhamento dos que mais precisam. A partir da compreensão de que é o especialista que tem capacidades técnicas necessárias ao tratamento dos casos mais graves, os doentes que são encaminhados a estes perdem o vínculo com a equipe da atenção básica. O efeito desta divisão de tarefas é o empobrecimento da capacidade clínica na atenção básica e o reforço do poder dos especialistas, movimentos que solapam o fortalecimento das equipes da atenção básica.

Para Lévy (1993, p. 26), “a rede não tem centros, ou melhor, possui permanentemente diversos centros que são como pontas luminosas perpetuamente móveis.”

Milton Santos cita Lefebvre que quando propõe os conceitos de Complexidade horizontal e complexidade vertical. Ele diz: “A complexidade horizontal é dada pela vida atual do grupo humano em suas relações com o lugar por intermédio das técnicas e da estrutura social. A complexidade vertical também pode ser chamada de complexidade histórica, isto é, a influência dos fatos passados na existência atual” (SANTOS, 1997, p. 224).

Dessa forma, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo.

### **4.6 Inacabamento, Incerteza e Heterogeneidade como Características das Redes**

Muitas vezes, tentativas de produção de redes ficam limitadas porque tendem a homogeneidade e buscam identificar novos centros que possam ocupar o lugar que, na pirâmide, é o topo. A imagem de uma rede homogênea é a de nós (pontos) iguais conectados a distâncias iguais e com fluxos de igual intensidade. É preciso superar esta concepção de rede na gestão da saúde,

pois a trama da rede não é sempre esta, ou não é apenas esta. O nó (instituição ou unidade de produção) é o local onde a linha se entrecorta e suas características são resultado de sua identidade e das relações que estabelece com ou outros.

Todo o esforço para a qualificação de unidades (nós) alteram outros nós e a relação entre eles. Na rede, uma alteração em um dos nós terá reflexo em outros. Por exemplo, é necessário analisar e atuar em rede quando alteramos a forma de acolhimento em um hospital porque a alteração neste lugar vai ter efeitos para dentro (nos processos de trabalho e nas relações existentes entre as outras equipes) e para fora do hospital (nos processos de trabalho das equipes das unidades básicas, nos acordos formais e informais entre o gestor e o hospital).

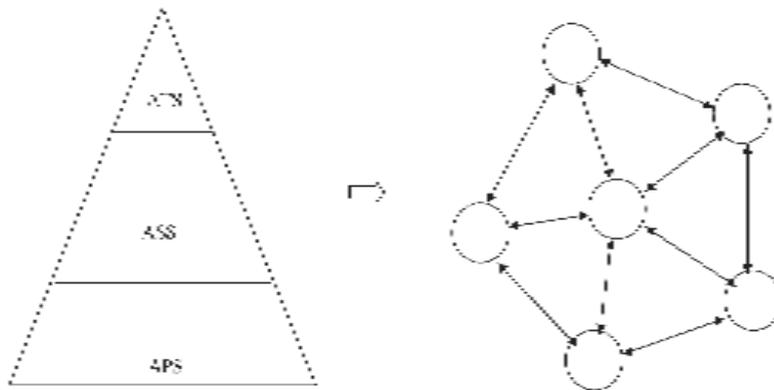
Para Castells (2000, p. 498),

nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos. [...] A topologia definida por redes determina que a distância (ou intensidade e frequência da interação) entre dois pontos (ou posições sociais) é menor (ou mais frequente, ou mais intensa), se ambos os pontos forem nós de uma rede do que se não pertencerem a mesma rede.

Por sua vez, dentro de determinada rede os fluxos não têm nenhuma distância, ou a mesma distância, entre os nós segundo Castells (2000b, p. 426.).

Desta forma, a imagem que melhor representa uma rede é uma que aceite que as curvas, os fluxos contribuem para a definição dos nós. A imagem de uma rede menos arrumada. Os nós, ao mesmo tempo em que apresentam identidade, não são e não serão iguais. Os fluxos não são iguais, as distâncias não são as mesmas. Há conexões a produzir, há nós a reforçar. São aspectos importantes para a produção de redes de saúde e a ideia da provisoriedade, do inacabamento e de uma certa indefinição, onde nem tudo é percebido. Também é importante trabalhar com o fato de que alterações no fluxo mudam o desenho da rede e que têm efeitos sobre os nós.

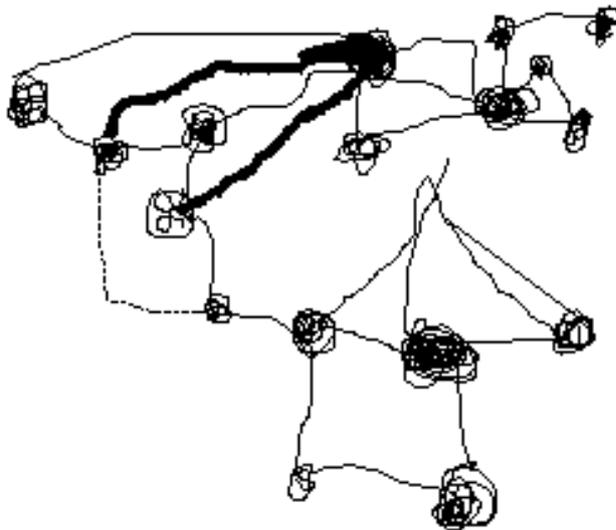
O trabalho de Pestana e Mendes (2004) refere-se à superação do sistema piramidal hierárquico e ao avanço para a rede horizontal integrada de serviços de saúde. Esse movimento é representado pelo desenho a seguir (Figura 1)



**Figura 1 - Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.**

Fonte: (PESTANA; MENDES, 2004, p. 42)

O reconhecimento do avanço e da pertinência da proposta desses autores também nos autoriza a identificar limites desta proposta e procurar avançar. Ela induz a produção de redes homogêneas. A seguir, um desenho de rede heterogênea (Figura 2), inacabada, a ser desenvolvida sem a pretensão de tornar os nós e as distâncias iguais e os fluxos com a mesma intensidade. Nossa intervenção altera a rede, cria e organiza fluxos, mas não pretende instituir um desenho acabado. Não há trabalho pronto na produção de redes.



**Figura 2 - Uma rede em construção**

Fonte: (PESTANA; MENDES, 2004, p. 42)

O problema da homogeneidade e a necessária superação desta perspectiva para o trabalho em rede foi desenvolvido por Mário Rovere, (1999, p. 21). Ele relaciona a tendência à homogeneização com a concepção de sistema e nos apresenta um bom problema. Com quais referenciais nossa análise vai fazer emergir a heterogeneidade? Para ele, é o próprio conceito de rede que, partindo de outra lógica, assume a heterogeneidade.

Primero: redes fue considerado como un elemento interno de otra concepción que era la de *sistemas*. La concepción de sistemas es un gran homogeneizador, si ustedes toman las cosas más heterogéneas que se imaginen, por ejemplo y las ponen en el lenguaje de sistema, les van a parecer homogéneas. Cuando alguien dice “por qué no analizamos el Sistema de Salud de la Argentina”, esta forma de decirlo automáticamente Le ofrece una homogeneidad que no tiene. En la práctica se podría decir “analicemos cómo se prestan servicios de Salud en la Argentina”, así se permite emerger a la heterogeneidad. Sistema es un aparato homogeneizador. Redes, en cambio, parte de otra lógica, parte de asumir heterogeneidad. Redes no homogeneiza, redes asume La heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas (ROVERE 1999, p. 21).

Lévy (1993, p. 25) referindo-se a rede hipertextual, diz que ela “está em constante construção e renegociação. Ela pode permanecer estável durante um certo tempo, mas essa estabilidade é em si mesma fruto de um trabalho”. Ele fala no princípio da heterogeneidade: “os nós e as conexões de uma rede hipertextual são heterogêneos”.

Ou seja, a “rede é por definição móvel, no quadro espaço-temporal. Ela depende dos atores que geram e controlam os pontos da rede, ou melhor, da posição relativa que cada um deles ocupa em relação aos fluxos que circulam ou que são comunicados na rede ou nas redes” (RAFFESTIN, 1993, p. 207).

Redes indicam relações mais horizontalizadas, estão sempre em formação e poderiam lidar melhor com a complexidade e a diversidade. Esse aspecto é tratado por Raffestin (1993, p204): “as redes se adaptam às variações do espaço e às mudanças que advêm do tempo, [...] são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído”.

Manuel Castells encerra seu livro *O Poder da Identidade* recuperando a aposta nas redes e deixa aberta a discussão a respeito da relação entre identidade e rede. Ele diz que:

Pelo fato de que nossa visão histórica de mudança social esteve sempre condicionada a batalhões bem ordenados, estandartes coloridos e proclamações calculadas, ficamos perdidos ao nos confrontarmos com a penetração bastante sutil de mudanças simbólicas de dimensões cada vez maiores, processadas por redes multiformes, distantes das cúpulas de poder. São nesses recônditos da

sociedade, seja em redes eletrônicas alternativas, seja em redes populares de resistência comunitária, que tenho notado a presença de embriões de uma nova sociedade, germinados nos campos da história pelo poder da identidade. (...) (CASTELLS, 2000, p. 427).

Estes autores dão pistas importantes para a gestão da saúde e para a atenção básica, especialmente para a Estratégia de Saúde da Família. Trabalhar em rede pressupõe lidar com a incerteza, o conflito, a contradição. Estes temas foram identificados e analisados há mais tempo por Mário Testa (1990).

#### **4.7 Produção de Redes e Cogestão. Rede como Nó e Fluxo: Unidades de Produção, Apoio Matricial e Contratos**

O Método Paideia ou Método da Roda é uma proposta que vem sendo desenvolvida por Gastão Campos e trabalha com a categoria de cogestão. Privilegiar a noção de cogestão significa “governar considerando a existência legítima de outros agrupamentos de interesse, de outros projetos, de outros sujeitos...” (CAMPOS, 2005, p. 158).

O pensamento contemporâneo tende à valorização do mestiço, da fronteira, e reconhece a complexidade em territórios distantes dos centros dos saberes disciplinares. Ou seja, há complexidade no encontro, na zona de fronteira, nas margens onde os diferentes se encontram e produzem saberes mais contextualizados e soluções criativas. Esses territórios de borramento disciplinar também são caracterizados pela capacidade de movimento e de inovação. Essa perspectiva está presente na obra de Boaventura de Souza Santos (1999) e Edgar Morin (2005), entre outros.

A formação de redes coerente com o SUS não pode simplificar temas como a fragmentação do trabalho, o trabalho em equipe e a relação entre o trabalho com ênfase no acompanhamento e o trabalho com ênfase na intervenção pontual. Acompanhando Gastão Campos (1992, 1997, 2000), entendo que para uma gestão em rede não é suficiente, nem desejável, substituir o trabalho fragmentado por processos sustentados exclusivamente pelo trabalho com ênfase no acompanhamento. A produção de redes no território das práticas dos trabalhadores de saúde necessita de uma nova proposta para a composição do trabalho a partir de novas relações entre quem acompanha no tempo e quem intervém naquelas situações onde o saber sobre determinado aspecto é importante para a composição das tecnologias que aproximem ao máximo o conjunto das ofertas da perspectiva ética da integralidade. O problema não está exclusivamente no conhecimento produzido, mas na fragmentação e na falta de vínculo que marca a intervenção daqueles denominados **especialistas**.

No trabalho em saúde, cotidianamente se reafirmam identidades e se despreza a potência do encontro. Profissões e segmentos profissionais tentam afirmar-se na condição de portadores do

principal saber para a melhor intervenção. O problema não é, portanto, a identidade, até porque identidades singulares e competências distintas são necessárias e justificam o trabalho em rede. O problema que a gestão precisa enfrentar é a falta de contato, de conexão, de disposição para o encontro com outro sujeito identificado por saberes diferentes, que vê coisas diferentes e que pode propor intervenções diferentes.

A potência do conceito de rede é ampliada quando leva a produção de melhores encontros. Por melhores encontros entendemos não o encontro que busca a homogeneidade, mas o encontro de diferentes que produz um comum mantendo a singularidade. Assim são os encontros de hospitais e serviços da atenção básica em um território ou o encontro da equipe de saúde de uma unidade de produção.

Apostar nestes encontros parece mais promissor que tecer redes entre pessoas ou instituições com identidades mais marcadas, como seriam as redes de profissionais da mesma categoria ou as redes de hospitais ou redes de atenção básica, ou rede de serviços de urgência ou de saúde mental, entre outros.

O encontro de sujeitos e de instituições marcadas pela identidade deveria ser a preparação para o trabalho em rede, para o encontro com o diferente, com o que complementa, seja no trabalho da equipe seja em um território.

“A afirmação da identidade não significa necessariamente incapacidade de relacionar-se com outras identidades, ou abarcar toda a sociedade sob essa identidade” (CASTELLS, 2000, p. 39). Este é o espaço da gestão e onde se situa nosso desafio do trabalho em rede: criar arranjos e dispositivos que provoquem contatos e acordos entre os diferentes. Espera-se, desse processo, afirmação de identidades e produção do comum (HARDT, NEGRI, 2005). Para Gastão Campos (1997), as perspectivas não excludentes de campo de responsabilidade e competência e de núcleo de responsabilidade e competência. Uma permanente tensão entre o que os aproxima e os torna semelhantes com o que os distingue e produz a singularidade.

Da mesma forma, os conceitos de Unidade de Produção e Equipe de Referência (CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMINITTI, 2007) e o conceito de apoio (CAMPOS, 2000; CAMPOS; DOMINITTI, 2007) são importantes para produzir redes no trabalho em equipe. Essa forma de analisar e propor a organização do trabalho em equipes de saúde permite a produção de uma rede com a identificação (sempre provisória, parcial e tensa) dos pontos ou fixos e dos fluxos.

Ricardo Teixeira (2005), tem nos instigado a pensar a produção de redes no paradoxo territorialização-desterritorialização também em territórios disciplinares. Esta construção tem efeitos importantes na análise e na elaboração de propostas para a produção de redes de saúde.

O que devemos, portanto, nos perguntar é se nossas **redes**, em seu *trabalho afetivo*, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da “multidão”, isto é, a

própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso porque, mais do que nunca, o que está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político, como desafios maiores para nossa humanização.

### **4.8 Considerações Finais**

Assumir, se for o caso, que mudar o paradigma da gestão tradicional para a gestão em redes tem implicações: apoiar processos que se diferenciam ao assumir características dos lugares ao mesmo tempo em que mantém adesão a princípios e diretrizes gerais. Seria coerente com o pressuposto de que incorporamos o conceito de rede para aumentar a horizontalidade e lateralidade.

Por último, não acho exagero admitir que o conceito de rede leva à necessária revisão da forma como se faz referência aos diversos equipamentos desta: creio que uma grande consequência da utilização do conceito de rede é a superação das expressões Alta e Média Complexidade.

A regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais podem se constituir em espaços da produção de redes; é na região que, concretamente, a rede de saúde existe. Ao mesmo tempo, a rede de saúde produz território e, especialmente, produz valores para os lugares. É urgente reconhecer que o processo de descentralização gerou um certo isolamento dos municípios, situação que precisa ser revista. Para tanto, é necessário analisar as redes produzidas com os referenciais que queremos superar e a produção de novos referenciais para a gestão em redes. Nosso investimento mais urgente é o de propor desenhos que potencializem a produção de redes quentes. Reconhecer que há o tema, a disciplina, uma identidade que necessita ser aprofundada e qualificada (é necessária a formação para que as emergências atendam cada vez melhor, é necessária uma articulação e uma coordenação das urgências para que se aproveitem experiências acumuladas, se compre o melhor material, para que elas se diferenciem dos outros equipamentos), mas é necessário mais: é necessário que esse equipamento, com esta identidade, trabalhe com outros, com outras identidades. Esta é uma das potências do conceito de rede.

### Referências

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2006.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. Redes em Redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 385-400, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 229-266, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2007000200016&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000200016&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2008.

CASTELS, M. **O poder da identidade**. Tradução: Klauss Brandini Gerhardt. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CECCIM, Ricardo; FERLA, Alcindo. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: PINEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e Identidade.** Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos:** ensaio de antropologia simétrica. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência:** o futuro do pensamento na era da informática. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

MAX-NEEF, Manfred et al. **Desarrollo a escala humana:** uma opción para el futuro. Santiago: CEPUR, 1986.

MISOCZKY, Maria Ceci. **Redes e hierarquias:** uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca de equidade em saúde. *Revista de Administração Pública* Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 335-54, mar./abr, 2003.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão:** da municipalização autárquica à regionalização cooperativa minas gerais, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

PINEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PRIGOGINE, Ilya. **O Fim das certezas:** Tempo, caos e as leis da natureza. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Editora Ática, 1993.

RIGHI, Liane Beatriz. Produção de Redes em saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica (Orgs). **A Saúde coletiva:** diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijuí, 2005

ROVERE, M. **Redes en salud:** un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR;

Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**. Globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Território globalização e fragmentação**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1996. p. 15-20.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanization and Primary Health Care. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Dec 2007.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

VILLAR, Hugo. Bases para la organización de los sistemas locales de salud. In: PAGANINI, José Maria; CAPOTE MIR Roberto (Edit.). **Los sistemas locales de salud**: conceptos - métodos - experiencias. [S.l.]: Organización Panamericana de Saúde, p. 136-146, 1990. (Publicação Científica n. 519).

5 A Clínica do Sofrimento  
**Ético-Político** como uma  
Proposta de Intervenção  
na Clínica **Ampliada** e  
**Compartilhada**

Ângela Maria Silva Hoepfner



### Resumo:

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em meados de 2003, em meio aos inúmeros debates sobre os modelos de gestão e de atenção do SUS, a formação dos profissionais de saúde e aos modos como o controle social é exercido para garantir o direito constitucional saúde para todos. A Clínica Ampliada e Compartilhada como uma de suas diretrizes tem como proposta uma nova forma de trabalho, diferente das práticas tradicionais em saúde, muitas vezes excludentes. Sua proposta é a de articular e incluir os diferentes enfoques e disciplinas para o atendimento das diferenças e singularidades. O presente trabalho tem por objetivo apresentar a clínica do sofrimento ético-político, compreendido como o sofrimento frente a situações de privação, em que eventos de exclusão social/econômica e/ou situações de luto/perdas significativas impossibilitam as formas habituais de ajustamentos na vida cotidiana. No trabalho, como psicóloga na saúde mental na Atenção Básica do SUS, no município de Joinville-SC, há muito se tem constatado estas características em várias pessoas que são encaminhadas para atendimento. Isto motivou a criação do Projeto de Intervenção, denominado Oficina de Cidadania e Inclusão Social (**Cins**), desenvolvido desde 2006. Sendo assim, tem-se como propósito, no âmbito do trabalho, contribuir para a construção de conhecimento na Clínica Ampliada do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Palavras-chave:

Sofrimento ético-político. Clínica ampliada e compartilhada. Saúde Mental. PNH. SUS.

### Introdução

Desde 1976 que vêm sendo discutidas, internacionalmente, teorias que sustentem a ação e as práticas eficazes de intervenção sobre os determinantes de saúde, compreendidos hoje como dependentes dos fatores biológicos, mas estreitamente relacionados com fatores ambientais (físicos, econômicos e sociais), comportamentais e aqueles próprios das políticas públicas de saúde. Neste processo, em 1986 realizou-se no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, onde foram estabelecidas as bases conceituais da promoção de saúde, definidas num documento que passou a ser chamado de **Carta de Otawa** gerando uma série de conferências mundiais sobre o tema. Segundo esse documento, a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal de uma nação, assim como importante dimensão da qualidade de vida, sendo que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.

São apontados pela **Carta** requisitos e perspectivas tais como: ação coordenada entre todos os setores da sociedade, recursos habitacionais, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, justiça e equidade social. Na promoção da saúde preconiza a defesa da causa da saúde, capacitação individual e social para a saúde, mediação entre os diversos setores envolvidos, elaboração e implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e serviços de saúde. A gestão social integrada com as ações intersetoriais deve considerar como prioridade absoluta a inserção destas prioridades, como base para a implementação das ações e promoção da saúde.

Com a criação do SUS teve início o processo de mudança do sistema de saúde brasileiro, com o desafio da descentralização político-administrativo, assim como também um processo de promoção de cidadania com ações que propiciaram apontar a desigualdade social, as características do federalismo, o modelo médico-assistencial privatista, o fortalecimento das ideias neoliberais, a ausência de mecanismos cooperativos, conflitos nos campos de definição de responsabilidades e estabelecimento de relações entre gestores como atores fundamentais no campo da saúde. Mas a questão não se resume apenas em assumir simplesmente a gestão, trata-se de mudar o modelo, isto é, mudar a relação dos prestadores de serviço com a população investindo em promoção de saúde, em prevenção e nas ações de atenção básica à saúde, não sendo mais possível continuar no modelo de saúde curativo e hospitalocêntrico.

Nos anos 90 as **Normas Operacionais Básicas** passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na Constituição e na legislação do SUS, tratando dos aspectos de divisão de responsabilidades entre gestores, critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios, e organização dos sistemas de saúde. Dentre as normas estabelecidas está o **Controle Social** realizado por meio dos **Conselhos Municipais de Saúde** e das **Conferências Municipais de Saúde**. Os conselhos existem nos

diversos níveis da gestão pública – federal, estadual e municipal –, são paritários e têm poder deliberativo; sua composição compreende metade por usuários da saúde pública, eleitos pela população e metade por representantes governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. É um sistema que tenta garantir transparência e participação pública na gestão da saúde, mas há muito ainda a ser feito, pois:

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004).

Neste processo surgem então inúmeros debates sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos modelos de formação dos profissionais de saúde e aos modos como o controle social é exercido. Tem como propósito garantir o direito constitucional à saúde para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Surge, então, em meados de 2003 a **Política Nacional de Humanização (PNH)**, sendo que intencionalmente, não há uma portaria que a institui.

Por um lado é uma **política** no sentido de: i) ser uma orientação para as práticas de atenção e gestão do/no SUS e ii) dar diretrizes, respeitando as diversidades e especificidades de cada local;

Por outro é **humanização** porque: i) se propõem a valorizar os diferentes sujeitos que se inserem no processo de produção de saúde, ii) porque aposta na autonomia, potência e saberes desses diferentes sujeitos para a transformação da realidade e iii) porque propõem a inclusão de todos nos processos de mudança. Assim, o sentido de humanização refere-se:

- Estabelecimento de grupalidades, de vínculos solidários e aposta no trabalho coletivo e na formação em redes.
- Mudança dos modelos de atenção e de gestão.
- Aposta na relação existente entre a transformação das práticas e a transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos (mudança de atitudes/subjetividades).

A **Política Nacional de Humanização (PNH)** é caracterizada como uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, criada pelo Ministério da Saúde com o propósito de ser uma oferta de mudança, com potência de transformar o SUS e de aproximá-lo, enquanto prática social, a suas exigências discursivas; deve ser vista, então, como uma das dimensões fundamentais do SUS, não podendo ser entendida como um “programa” a mais a ser aplicado aos

diversos serviços de saúde, mas como uma prática que opere transversalmente em toda a rede SUS, orientando a construção de políticas. Então como **Política** compreende-se os modos de operar das coletividades, isto é, o conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS, mas principalmente o modo como tais processos devem confluir para a construção de trocas solidárias, comprometidas com a produção de saúde. Esta é uma tarefa primordial que se apresenta numa dupla e inequívoca questão dada: a da produção de saúde e a da produção de sujeitos; e como **Humanização** no sentido de aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde e produção de sujeitos. É uma mudança de paradigma que implica na mudança da cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Para que toda esta proposta seja possível de ser viabilizada a PNH se utiliza do método da **Tríplice Inclusão**: trabalhadores, gestores e usuários são atravessados pelos chamados analisadores sociais, que nada mais são do que os fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, ou seja, os tensionamentos/desconfortos produzidos a partir da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho. Acredita-se que a partir da análise coletiva dos acontecimentos, fatos e fenômenos seja possível obterem-se subsídios para uma melhor compreensão dos limites de um determinado modelo de atenção à saúde. É uma estratégia de interferência nos processos de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios. Trata-se então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. Nesse processo há uma versão social e uma versão subjetiva: a primeira refere-se à inclusão de coletivos a partir dos movimentos sociais, como por exemplo, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, enquanto a segunda relaciona-se aos movimentos que alteram a sensibilidade, a percepção e os afetos, o que significa a compreensão e a incorporação nas práticas profissionais da saúde, das diferenças culturais, religiosas, étnicas, de gênero, idade e classe social dos usuários em uma determinada comunidade.

A PNH se orienta por diretrizes que apontam para jeitos de colocar os princípios do SUS em ação. Esses são potencializados por dispositivos pautados em conceitos-experiência, postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos que visam promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Compõem um conjunto de forças que acionam mudanças

nas relações de poder, saber e subjetivação. Nesse estudo a diretriz da Clínica Ampliada e Compartilhada com seus dispositivos Equipe de Referência, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular é o nosso foco.

Nas práticas tradicionais em saúde o que se tem constatado há muito tempo é a predominância, ora de um, ora de outro enfoque: ou o biomédico, ou o social ou o psicológico. Essas práticas têm a tendência a valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente. A partir disso a proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada traz uma nova forma de trabalho em saúde: a “articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação” (BRASIL, 2009).

A complexidade cotidiana do trabalho em saúde costuma suscitar as mais diversas sensações nos profissionais das equipes de saúde, o que muitas vezes provoca desamparo. Essa complexidade pode ser minimizada se houver o compartilhamento entre os membros das equipes que podem dividir tanto suas fragilidades – angústias, temores, dúvidas, ansiedades – como suas potencialidades, ou seja, seus saberes e sua prática. Assim a compreensão da clínica passa a ser a de uma atividade comum a todos os profissionais da saúde, por isso **compartilhada** numa compreensão **ampliada** do processo saúde-doença.

Os sujeitos doentes são sujeitos concretos, o que obriga que se coloque em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. A aposta é no pensamento de que “aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual” (BRASIL, 2009). Para tal são necessários novos arranjos que contemplem a comunicação transversal, intra/entre as equipes e fundamentalmente novas posturas relacionais que permitam a escuta do outro e de si mesmo, a capacidade para lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos dos colegas e dos usuários e a crítica para identificar condutas meramente automatizadas. Essas são questões nada fáceis de serem resolvidas, pois os profissionais de saúde na sua grande maioria não possuem suporte desenvolvido para tal. Em suas formações aprenderam uma clínica com objeto de trabalho reduzido, não desenvolvendo a capacidade de ouvir uma pessoa ou coletivo em sofrimento e de acolher afetos, o que os impede de lidar com suas próprias dores e com os medos que o trabalho em saúde pode trazer.

A proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada surge na contramão das práticas tradicionalmente desenvolvidas de redução dos sujeitos, com recortes diagnósticos ou burocráticos. Vem com o propósito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes, para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então é a do trabalho em

equipe para lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer.

Uma das formas de adoecer é o adoecer psíquico com toda a sua complexidade. Infelizmente esse campo da saúde é ainda compreendido somente como doença orgânica, o que faz perder de vista a complexidade das subjetividades que são construídas socialmente nas relações. A exclusão é um tipo específico de sofrimento psíquico e, de acordo com os estudos das ciências humanas, tem sido negligenciado. As populações menos favorecidas, aquelas pertencentes aos extratos populares, incluindo também aqueles identificados como na linha da pobreza são os excluídos: o “pobre” não faz parte da cadeia da produção da vida material, vive em condição de invisibilidade social. E além disso, é comumente culpabilizado pelas suas condições sociais. São sujeitos “assujeitados”, e como dizem os Titãs em sua música “sem saída para qualquer parte”. A esse tipo de sofrimento dá-se o nome de sofrimento ético-político.

### 5.1 O Sofrimento Ético-Político

O termo “sofrimento ético-político” é utilizado por Sawaiia (1999) em seus estudos em Psicologia Social como categoria central na análise da dialética exclusão/inclusão social. Ela afirma que esta opção é devida à recomendação de Souza Santos (1997) às ciências humanas para usarem categorias desestabilizadoras na análise das questões sociais, capazes de criar novas constelações analíticas que conciliam ideias e paixões de sentidos inesgotáveis. O autor denomina de “interrogações poderosas” as perguntas que faz avançar o conhecimento; são aquelas que vão contra as hegemonias, “com capacidade de penetrar nos pressupostos epistemológicos e ontológicos do saber constituído, como as indagações que unem ciência, virtude, introduzindo a ordem do valor e da ética nos conceitos científicos” (SAWAIA, 1999, p. 97).

Com essa perspectiva epistemológica a autora afirma que é possível superar o uso moralizador e normatizador de conceitos científicos que se apoiam o no princípio de sua neutralidade em estudos que envolvem seres humanos concretos, o que com frequência culpabiliza os sujeitos por sua situação social e legitimam as relações de poder. Dito de outra forma, a pobreza e a exclusão são compreendidas como responsabilidade única e exclusiva dos sujeitos.

A partir disso propõe uma nova estratégia: o resgate dos conceitos até então discriminados pelas ciências nas análises das questões sociais, seguido de questionamentos sobre sua exclusão e/ou classificação no rol do patológico e da desordem. Nessa direção nos deparamos inevitavelmente com a afetividade que quando não é desconsiderada é vista como algo que atrapalha, que obscurece, que cria desordem, que é empecilho para a aprendizagem, é incontrolável e depreciado moralmente. Sua proposta é então incluir a afetividade nos estudos, pois:

Uma vez olhada positivamente, a afetividade nega a neutralidade das reflexões científicas sobre desigualdade social, permitindo que, sem que se perca o rigor teórico-metodológico, mantenha-se viva a capacidade de se indignar

diante da pobreza. [...] Epistemologicamente significa colocar no centro das reflexões sobre exclusão, a ideia de humanidade e como temática o sujeito e a maneira como se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade), de forma que, ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo em que de poder, de economia e de direitos sociais. (SAWAIA, 1999).

A exclusão passando a ser vista como sofrimento devolve aos sujeitos grau de potência, o que significa que há possibilidades de aumento do grau de corresponsabilidade sobre suas próprias vidas. A exclusão passa a ser vista como sofrimento resgatando o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Essa proposta dá força aos sujeitos ao mesmo tempo em que mantém a responsabilidade das políticas públicas de governo.

É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu. Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente (SAWAIA 1999, p. 98).

Nesse sentido o sofrimento ético-político retrata as vivências no cotidiano, vivenciadas na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pelas organizações sociais dominantes em cada época histórica. O que resta é a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade e as consequentes afecções múltiplas que se manifestam no corpo.

Sendo assim, os fenômenos psicossociais são considerados imanentemente éticos, o que permite que a abordagem social contribua para uma abordagem clínica em saúde mental, contemplando o resgate da cidadania plena a partir dos processos de trabalho em produção de saúde no sistema público. “Conhecer o sofrimento ético-político é analisar as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social, e, portanto, entender a exclusão e a inclusão como as duas faces modernas de velhos e dramáticos problemas – a desigualdade social, a injustiça e a exploração” (SAWAIA, 1999, p. 105).

Como dito anteriormente “o uso de categorias desestabilizadoras na análise de questões sociais têm a potência de criar novas constelações analíticas que conciliam ideias e paixões de sentidos inesgotáveis”. (SOUZA SANTOS apud SAWAIA, 1999). Essa forma de pensar abre possibilidades para que novos estudos possam ser construídos, no intuito de contribuir para novas práticas não só nas ciências humanas como nas ciências da saúde. E ao se abordar o sofrimento ético-político como uma categoria de análise para a prática clínica na saúde pública o que se pretende é contribuir para a produção de saúde com a atuação/apropriação das coletividades nos processos de trabalho.

### 5.2 A Clínica do Sofrimento Ético-Político na Clínica Ampliada

O tempo todo em nossas vivências cotidianas ao nos depararmos com as diversas situações colocadas a nossa frente, desde as mais simples às mais complexas, nosso corpo produz sensações, sentimentos e afetos. São essas sensações e afetos os responsáveis pelas orientações dadas às nossas ações, entendidas como atos de criação que organizam nossas vidas, nos dirigindo para a realização de vontades, necessidades, desejos. Essa é a capacidade que o ser humano tem de criar a si mesmo, o que dito de outra forma é a capacidade de criar sua identidade. Somos o que somos porque temos identidade que é plástica, mutante, o tempo todo em movimento e em construção ao longo da vida. Sem identidade não é possível o exercício de cidadania, pois não há como fazer reflexões, escolhas e tomar atitudes, ou seja, não há condições para o protagonismo social, como no caso de realidades empobrecidas, sem possibilidades, em que a vida dos sujeitos é marcada pela ausência da satisfação das necessidades básicas. “A inanição é o dano sofrido por seu corpo. Sua disposição é amarga e ele se volta contra o mundo; mas não se volta ainda contra si próprio nem tem muita percepção de si próprio, a não ser de que está sofrendo, até que fique desesperado”. (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN<sup>1</sup>, 1997).

Sawaia (2010) afirma que o corpo vivo é mais do que a capacidade de se manter em pé e em movimento, ele tem potência de ação, tem a capacidade para perseverar e lutar contra tudo que negue sua autonomia. Quando tudo isso falha, quando as necessidades básicas são negadas continuamente, um tipo específico de sofrimento surge. Ela exemplifica com o “banzo”, doença misteriosa que chegava a matar os escravos negros no Brasil, decorrente da separação de sua pátria e de sua gente, a que os escravos eram violentamente forçados.

Para esse tipo de sofrimento apresenta-se a Clínica do Sofrimento Ético-político, como proposta clínica em psicologia na Clínica Ampliada e Compartilhada nas práticas de produção de saúde. Essa é compreendida como uma forma de ajustamento em que:

uma limitação do meio – que assim se furta à livre ação do *self* – impede que este possa encontrar dados, na mediação dos quais consiga oferecer, ao fundo de excitações históricas, um horizonte de futuro que os faça valer como realidade objetiva, valor ou identidade social. Apesar de dispor de um fundo de excitações (função id), a falta de dados impede o sistema *self* de agir, de desempenhar a função de ego. Consequentemente, o sistema não pode crescer, não pode agregar ao seu fundo histórico um mundo humano, social – que é o mundo das formas objetivas com as quais o *self* pode se identificar (função personalidade). A função personalidade portanto, não se desenvolve e o processo de *self* sofre em decorrência de não poder assumir uma identidade objetiva. Perls, Hefferline e Goodmann chamam essa patologia de

<sup>1</sup> Representados no decorrer do texto como PHG.

“*misery*” (que propomos traduzir como sofrimento ético-político) (MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 244).

Ao buscar o significado na língua inglesa de *misery* encontramos no dicionário *Collins Cobuild* (1995): “*Misery is the way of life and unpleasant living conditions of people who are very poor*”. Portanto, o termo pode ser compreendido como condição de muita pobreza, ou seja, miséria. MG (2007) ao propor sua tradução por sofrimento ético-político, mesmo não declarando isso em seus escritos, se reportam ao conceito utilizado por Sawaia (1999) em seus estudos em Psicologia Social sobre o processo dialético exclusão/inclusão. As citações apresentadas (PHG, 1997; SAWAIA, 1999; MG, 2007) ilustram como se pode compreender as manifestações humanas em situações de exclusão, que tanto para a Psicologia Social como para a Psicologia Clínica são contribuições de grande relevância.

No trabalho clínico em saúde mental, de um modo geral, as práticas são norteadas pelo conhecimento das neuroses e psicoses e o sofrimento ético-político não é considerado como uma categoria de intervenção clínica, sendo negligenciado tanto pelos profissionais das mais diversas áreas de atuação (saúde, educação, assistência social), como pela comunidade e família. É muito comum ouvirmos comentários sobre essa população dizendo que se trata de “preguiça”, “má vontade”, “comodismo”, “vadiagem”, etc. Para a efetiva produção de saúde a compreensão desse tipo de sofrimento é fundamental, pois pode orientar novas práticas clínicas nos serviços de saúde.

A abordagem psicológica da Analítica da Forma, conhecida como Gestalt Terapia, tem uma compreensão muito clara e elucidadora sobre esse tipo de sofrimento psíquico. (PHG, 1997, p. 41-43) afirmam que a noção de contato está estreitamente relacionada com a experiência e toda função humana é uma interação do sistema *self* (com sua tríplice função: personalidade, ego e id) num campo organismo/ambiente, portanto é ao mesmo tempo físico e social; toda e qualquer vivência só é possível na fronteira entre o organismo e seu ambiente, sendo que a experiência é função dessa fronteira, e psicologicamente o que é real são as configurações inteiras desse funcional, com a obtenção de algum significado e a conclusão de alguma ação. Quando fazemos qualquer afirmação do tipo “eu gosto de música” essa designa ao mesmo tempo uma personalidade/identidade na objetivação/expressão de um gosto e o uso do pronome “eu”; a função de ego na ação de dizer do que gosto e a função *id* na necessidade ou excitação em relação à música que vai muito além da formulação do que gosto. A personalidade na GT é compreendida como o sistema de atitudes adotadas nas relações interpessoais; é a identidade, a admissão do que somos que serve de fundamento pelo qual poderíamos explicar nosso comportamento, se nos pedissem uma explicação; ela é falada o que significa que é, o que responde a uma indagação ou a uma autoindagação. A autoconsciência da personalidade responde à sua qualidade autônoma e responsável, e a pessoa se autoconhece inteiramente no desempenho de um papel definido em uma situação concreta. É a identidade que dá condições de responsabilizar-se, “porque a responsabilidade é o preenchimento de um contrato; faz-se um contrato de acordo com o que

se é, e a responsabilidade é a consistência adicional de comportamento nesse âmbito”. (PHG, 1997, p. 188).

O sofrimento ético-político é a impossibilidade da objetivação de identidade, a função personalidade não pode operar pela falta de dados no meio circundante que se encontra empobrecido. Com a ausência de dados no meio, não há horizontes de possibilidades que possam dar movimento e provocar uma ação à função do ego. O sistema *self*, não tendo acesso ao novo, com o qual possa se identificar fica impedido de desenvolver uma personalidade verbal, que é a base para a criação de identidades. Portanto, se é a função personalidade quem tem a tarefa de preservação do organismo e de promoção de seu crescimento, o *self* sendo privado disso, poderá sofrer com outras formas de adoecimento: o sofrimento ético-político.

Na prática clínica, no dia a dia de trabalho na Atenção Básica em Saúde – SUS, nos deparamos com usuários que ao nos procurarem ou serem encaminhados, não conseguem delimitar o que precisam, ou que querem. O que se tem experienciado é o atendimento a um público eminentemente feminino, que em sua grande maioria são encaminhadas com queixas de que: “não sabem o que querem”, “desânimo”, “moleza”, “vontade de ficar trancada em casa”, “vontade de não fazer nada”, “tristeza”, “dores no corpo”, “vontade de sumir”, “vontade de sumir e acabar com tudo”, “dificuldade de dormir”, “dores de cabeça crônicas”, “confusão mental”, “esquecimento” “irritabilidade” “agonia” “aflição,” etc. Na maior parte das vezes ao serem perguntadas o que vêm buscar ali, respondem não saber, que foi o “Doutor” quem mandou, sendo muito comum o silêncio, risinhos ou ainda a repetição do que já ouviram sobre elas: “não tenho vontade, é preguiça”. Com o passar do tempo, à medida que a confiança vai se estabelecendo o que é possível constatar é que são histórias de muito sofrimento, marcadas pela privação social, afetiva e material, caracterizadas como exclusão.

Assim como (SAWAIA, 1999), (MG, 2008) afirma que no sofrimento ético-político os danos sofridos são no corpo, que é nossa realidade concreta. Nesse sentido o que é necessário é compreender o que está acontecendo: a inanição é o próprio pedido de socorro. Os sujeitos realmente não sabem o que querem, pois “não sabem quem são”. É o meio que pode exercer temporariamente essa função, assumindo o *status* objetivo de alteridade.

Nossa cultura é marcadamente organizada por regras e padrões sociais que não permitem as diferenças, sejam elas étnicas, de idade, gênero ou extrato social. Essas passam, então, a serem vistas com um olhar discriminatório, culpabilizando os sujeitos por sua condição ou o que dá no mesmo, classificando patologicamente como uma tentativa de legitimar a organização social em que vivemos e com as relações de poder, o que impede que se criem dispositivos de transformação. A capacidade de se indignar diante da pobreza pode suscitar afetos que venham de encontro à criação de novas formas de intervenção, pois é necessário colocar no centro das reflexões a maneira como os sujeitos se relacionam com sua cultura e sua rede social: organização familiar, trabalho, lazer e comunidade.

A exclusão passando a ser vista como causadora de sofrimento abre possibilidades de grau de potência o que significa a corresponsabilidade dos profissionais e dos sujeitos sobre suas vidas. É o indivíduo quem sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente. Num primeiro momento pode parecer que o que estamos tentando apresentar se relacione com práticas assistencialistas ou caritárias. Não, o que se quer propor são práticas baseadas no trabalho coletivo, com corresponsabilidades. Compreender e identificar o sofrimento ético-político permite analisar as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência de uma sociedade integrada. Portanto, para entender como se dão as práticas de exclusão e criar novas formas de intervenção nas práticas de produção de saúde é de fundamental importância compreender que as desigualdades sociais são construídas historicamente por uma sociedade, produzindo a injustiça e a exploração.

Isso posto, pode-se agora tecer algumas considerações sobre a clínica do sofrimento ético-político e para tal é necessário, antes, refletir sobre sua proposta ética. Podemos pensar o conceito de ética de duas formas distintas: i) o comumente usado no cotidiano derivado do termo grego **éthos** que está mais relacionado à concepção moralizante, designando adesão às regras ou padrão de comportamento social e ii) a concepção derivada do termo grego **éthos**, empregado pela cultura helênica em seus primórdios e que significa “morada, abrigo, refúgio, lugar onde somos “autênticos e despidos” de defesas, onde estamos protegidos, abrigados, e podemos receber o outro”. MG (2007, p. 280). Nessa perspectiva podemos relacionar a primeira concepção de ética ao sentido de clínica que nas práticas tradicionais em saúde tem uma conotação marcadamente assistencial inerente ao uso médico do termo originário do adjetivo grego **klínikós** – segundo o qual alguém administraria seu saber para reabilitar alguém incapacitado de cuidar de si. A clínica do sofrimento ético-político é uma proposta ética no sentido de que os seguidores de Epicuro deram à expressão grega **clinamen**, entendida como a capacidade que cada homem tem para introduzir, a qualquer momento, um desvio no curso de sua vida que permita desencadear a criação de uma nova ordem (MG, 2007, p. 280).

Na clínica do sofrimento ético-político as intervenções são inicialmente de acolhimento e escuta, sem nenhuma expectativa sobre o que as pessoas são capazes de fazerem por si mesmas, pois elas não possuem ainda esses expedientes. Isso se perdeu ao longo do processo de adoecimento e o que necessitam de início é de apoio. Para tal, o trabalho em grupo com equipe de profissionais das diversas áreas afins é o mais indicado, no sentido de promover redes sociais de apoio que possibilitem a concretização de experiências em uma realidade social concreta. As equipes podem ser formadas pelos diversos profissionais da unidade de saúde: médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem, agente comunitário etc. Não importa quem vai fazer parte da equipe, o que de fato tem valor é a presença concreta de vários atores em uma equipe, com a função de referência para esse usuário e sua família. Ele está confuso, perdido sem saber qual direção tomar em sua vida. Perdeu temporariamente sua identidade, ou o que pode ser pior, nunca a desenvolveu, e é a equipe de saúde quem pode

promover condições para que sejam restabelecidos os laços sociais, por intermédio do contato sistematizado, com vínculos fortes e solidários, em encontros periódicos. Esses encontros podem ser de várias formas, de acordo com as necessidades detectadas em coletividade e com as possibilidades dos serviços – grupos, atendimento individual, familiar na unidade de saúde ou em visitas domiciliares etc.

Os encontros em coletividade – usuários e equipe de saúde – possibilitam as trocas sociais, lugar onde circulam os afetos. As rodas de conversa nos grupos são um excelente momento em que o acolhimento e a escuta são possíveis. Cada grupo constrói a sua forma de se encontrar com as suas regras de acordo com suas necessidades. Na verdade não importa muito como as coletividades se encontram, o que de fato importa são as possibilidades oferecidas para a restituição do grau de potência dos sujeitos, para que possam voltar a fazer laços sociais e a viver suas vidas com algum grau de corresponsabilidade, como um cidadão qualquer.

### **5.3 Uma Experiência na Clínica Ampliada em Produção de Saúde Mental**

O trabalho em produção de saúde com a Clínica Ampliada e Compartilhada é antes de tudo um trabalho em coletividade onde gestores, trabalhadores, usuários e seus familiares participam ativamente das atividades e decisões. O trabalho com grupos é a prática mais comum na produção de saúde mental onde o foco são as subjetividades, isto é, onde há a circulação intensa de afetos.

Entende-se que mudanças nos processos de trabalho implicam mudanças nos trabalhadores, mas fundamentalmente no comprometimento dos gestores. Para que trabalhadores possam trabalhar em equipe é necessário que tenham um tempo reservado para encontros onde possam trabalhar e discutir os casos que acompanham. Nas concepções tradicionais de gestão/administração isso significa perda de tempo, pois a lógica do trabalho é a de produção e o que importa são os números, a produção, a quantidade de atendimentos, independente da qualidade.

A Clínica Ampliada e Compartilhada tem como principal proposta o enfrentamento do ideal de “neutralidade” e “não envolvimento” que provoca interditos para os profissionais de saúde em relação às suas próprias subjetividades. Para que seja possível trabalhar as subjetividades daqueles que nos procuram para atendimento nos serviços de saúde, é necessário que as equipes tenham possibilidades de se organizarem para tal, e isso implica o seu processo como grupo, isto é, que as dificuldades sejam trazidas para as rodas de conversas da equipe, momentos em que são também discutidos os casos. Nessa hora os profissionais podem olhar para si mesmos e para seus colegas e a partir disso, expressar e tentar lidar de forma coletiva, com suas dúvidas, indagações, inseguranças, incertezas, sentimentos, desejos, afetos. Quando se pode compartilhar o que se sente com um ou mais semelhantes tudo muda, novas possibilidades se abrem ao identificarmos alguém que pode nos acolher e ouvir com compreensão, sem julgamentos. Fica mais fácil de ir adiante, de enfrentar os desafios, pois tendo um lugar onde é possível depositar angústias, ansiedades e aflições o trabalho cotidiano pode ser desempenhado de forma mais competente e com muito

mais satisfação. Sabemos que conquistar isso não é fácil, mas é somente dessa forma que os processos de trabalho na produção de saúde podem ser construídos.

Desde 2006 vem sendo desenvolvido um projeto de intervenção em saúde mental, em uma unidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, no município de Joinville/SC, caracterizado inicialmente como uma oficina de artesanato que ao longo do processo vem se modificando. Essa é denominada de Oficina de Cidadania e Inclusão Social – (Cins) e iniciou como um projeto de extensão universitária, com a participação de diversos profissionais como psicólogo, farmacêutico, médico clínico e terapeuta ocupacional, assim como alunos dos cursos de graduação de Psicologia, Medicina e Farmácia. Atualmente é coordenado por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional da unidade de saúde.

As atividades do grupo são organizadas em encontros de uma vez por semana, com duas horas e meia de duração, sendo que os objetos confeccionados são comercializados em eventos na comunidade. Importante sinalizar que os instrutores das atividades são, ou os próprios membros do grupo, que a partir de suas habilidades pessoais, se oferecem para tal, ou pessoas da comunidade que se propõem de forma voluntária e são escolhidas por meio de votação.

A participação dos profissionais no projeto foi gradativamente sendo construída à medida que o projeto avançava e independente disso, todos fizeram parte das atividades de artesanato, confeccionando objetos juntamente com as mulheres do grupo. Além disso, cada profissional foi delineando sua atuação, assim como criando formas de trabalhar junto com as outras áreas, integrados nas atividades do grupo. O farmacêutico desenvolveu atividades em Assistência Farmacêutica dando orientações sobre o Uso Racional de Medicamentos e com visitas domiciliares, dando orientações *in loco* aos familiares; o médico clínico participou de encontros periódicos dando orientações sobre o uso e redução dos medicamentos e ao mesmo tempo ouvindo cada usuário, com suas histórias. A terapeuta ocupacional contribuiu com seu conhecimento ocupacional e os alunos dos cursos de Medicina, Farmácia e Psicologia puderam vivenciar uma experiência muito rica de forma compartilhada, muito diferente das práticas tradicionais aprendidas nos cursos de graduação, esvaziadas de afetos. As contribuições de conhecimento das diversas áreas foram muito importantes, integrando-se entre si, mas o que teve maior valor foi o encontro na diversidade de forma coletiva.

Durante todo o processo do grupo os profissionais da equipe foram se alinhando e se apropriando do método de trabalho demonstrando gradativamente mais segurança na proposta. O trabalho em equipe tem a potência de contribuir para o crescimento dos profissionais entre si, tanto com o conhecimento, como com a prática em saúde. Os grupos são sempre muito ricos e uma equipe que trabalha junto pode reduzir consideravelmente seus temores, ansiedades e angústias, desenvolvendo formas novas nos processos de trabalho intra/entre equipes e com os grupos de usuários.

Essa forma de trabalho pode ser desenvolvida em qualquer território, com profissionais de todas as áreas da saúde e para além delas. O foco do trabalho é eminentemente a “presença”: os usuários

precisam ter por um determinado tempo a ajuda solidária e inclusiva até que possam conquistar seu protagonismo. Mais importante que o conhecimento de cada profissão é a postura ética-estética-política de cada profissional, o que significa “estar junto”, “ao lado de”, com interesse, acreditando na potência de cada sujeito como sendo capaz de novamente voltar a se autogerir para cuidar de si.

Durante os três anos que o projeto vem sendo desenvolvido foi possível constatar, a aderência à proposta da oficina por meio da frequência de 96% , assim como através dos depoimentos coletadas a partir de uma mesma pergunta feita em dois momentos distintos: em dezembro de 2007 (Depoimentos A) e em maio de 2009 (Depoimentos B) como segue abaixo:

### ● que tem representado a Oficina Cin; em sua vida?

#### ● Respostas A

- “A segunda-feira parece que é melhor... a gente distrai a mente...ficar em casa é chato”.
- “Tudo depende do meu estado de ânimo...aqui eu me sinto uma pessoa normal..quando estou lá fora é chuva...é temporal...quando estou aqui é dia de sol”.
- “É bom a gente fazer este trabalho...se não tem força de vontade não vale a pena vir aqui...está sendo bom demais, porque está me ajudando bastante... antes eu estava com depressão e agora está tudo bem”.
- “Pra mim está sendo muito bom, porque eu era uma pessoa bem tímida e isto me ajudou bastante...a gente está se entrosando...a minha família já sentiu a diferença...já converso mais agora”.
- “Eu sempre trabalhei na minha vida e agora estou “encostada”...pra mim ficava difícil...agora estou fazendo alguma coisa...é bom vir aqui...além de ter mais espaço não faço tantos erros na minha vida...eu me sinto bem... eu sinto que estou fazendo alguma coisa...eu sinto que estou fazendo um trabalho”.

#### ● Respostas B

- “Para mim é como um lazer”.
- “É amizade”.
- “É gratificante”.

- “A Oficina Cins tem sido algo novo que eu não conhecia...me sinto grata.
- Através dela tenho aprendido muitas coisas...me sinto grata pelas pessoas do grupo e pelas pessoas responsáveis”.
- “Eu adoro...arrumei muitas colegas boas”.
- “É muito bom, eu gosto de vir porque é bom trabalhar entre amigos”.
- “É algo que me dá coragem para enfrentar os problemas...me sinto muito mais corajosa para viver”.
- “Eu amo este grupo...aqui eu me sinto útil...aqui a gente não se sente excluída”.

Por meio das falas é possível constatar o quanto a presença do outro como “um semelhante” tem sido relevante para a formação de redes significativas de pessoas e formação de laços sociais. A partir desses encontros pode-se identificar como os afetos, sensações, emoções e sentimentos puderam ser contatados novamente possibilitando o resgate de identidades. Suas vidas têm se organizado a partir do que compartilham entre si nos encontros, o que permite afirmar que a atividade social compartilhada pode ser um bom recurso para a objetivação de identidades e cultivo das personalidades.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como proposta o estabelecimento de grupalidades e de vínculos solidários. Ela aposta no trabalho coletivo, na formação em redes, na relação existente entre a transformação das práticas e na transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos (mudança de atitudes/subjetividades). Por sua vez a Clínica Ampliada e Compartilhada aposta na autonomia, potência e saberes dos diferentes sujeitos para a transformação da realidade, porque propõem a inclusão de todos nos processos de mudança.

A clínica do sofrimento-político tem como ética o sentido de “morada, abrigo, refúgio”, lugar onde somos autênticos e despidos de defesas, onde estamos protegidos, abrigados, e podemos receber o outro. Ela valoriza a capacidade que cada sujeito tem para introduzir, a qualquer momento, um desvio no curso de sua vida que permita desencadear a criação de uma nova ordem, pois ao mesmo tempo em que se propõe a acolher o semelhante acredita que este é capaz de se criar em suas diferenças, na diversidade.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde/ NOB-SUS 01/96.** Brasil: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde:** leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil:** caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

COLLINS COBUILD. **English dictionary.** Harper Collins Publishers, London, 1995.

MULLER-GRANZOTTO, Marcos José e Rosane Lorena. **Fenomenologia e gestalt terapia.** São Paulo: Editora Summus, 2007.

\_\_\_\_\_. **A clínica do sofrimento ético-político.** Texto apresentado aos alunos, durante as aulas do Curso de Especialização em Gestalt Terapia do Instituto Muller-Granzotto. Florianópolis, 2008.

PERLS, Frederick Salomon. (1947). **Ego, fome e agressão.** São Paulo: Editora Summus, 2002.

PERLS, Frederick Salomon; HEFFERLINE, Ralph, GOODMAN, Paul. **Gestalt therapy:** excitement and growth in the human personality. New York: Bantam Book, 1977.

\_\_\_\_\_. (1951-). **Gestalt-terapia.** São Paulo: Editora Summus, 1997.

SAWAIA, B. B. (org.). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, Vozes. 1999, 2001.

\_\_\_\_\_. **Fome de felicidade e liberdade.** [S.l.], [200-?]. Disponível em: <[http://www.educarede.org.br/educa/ndex.cfm?pg=textoapoio.ds\\_home&id\\_comunidade=44#294](http://www.educarede.org.br/educa/ndex.cfm?pg=textoapoio.ds_home&id_comunidade=44#294)>. Acesso em 22 abr. de 2010.



# 6 O Projeto **Terapêutico** **Singular**

Gustavo Nunes de Oliveira



### Introdução – Sobre a Definição

O conceito de projeto terapêutico está em construção, desde o início dos anos noventa, modificando-se junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. Neste texto, abordaremos alguns acúmulos conceituais e práticos que evidenciam a importância do projeto terapêutico como dispositivo de integração e organização de equipes profissionais de saúde.

Para enunciar um conceito claro diremos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.

O entendimento sobre o conceito de **vulnerabilidade** (AYRES et al., 2003), implica em colocar no foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelo coletivo, 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, pois em função de um sujeito singular e junto com ele, é determinada a ação de saúde a ser ofertada para alcançar o objetivo de produzir saúde (ARANHA e SILVA, 2005).

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 exaustivamente a ideia 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 coprodução e a cogestão do processo terapêutico deve incorporar esse **olhar** aos contextos singulares e, de modo que mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de realidade – **projetualidade**.

### 6.1 O Fazer PTS

Fazer PTS deve ser 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. 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), constatamos que o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de **casos** muito complexos. Desse modo, o PTS será 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:

- Coprodução da problematização,
- Coprodução de projeto e,
- Cogestão/avaliação do processo.

O primeiro movimento, a **Coprodução da Problematização**, diz respeito ao processo que produz o acesso dos sujeitos à singularidade do caso em discussão<sup>1</sup>. O reconhecimento de uma situação problemática em questões de saúde na ideia de “caso” muitas vezes é tomado pela equipe de saúde como um movimento unilateral desta, à revelia do(s) usuário(s) envolvido(s). Isso se deve, em 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 o 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 Coprodução de Problematização será necessário que a equipe não só reconheça a capacidade/poder das pessoas interferirem na sua própria relação com a vida e com a doença, como também colocar em análise seus próprios saberes. 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 coprodução na forma de **oferta** (CAMPOS, 2000).

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 acontecem são momentos estratégicos nessa coprodução de problematização, na formação e conjunção/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 coprodução 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 “politicamente correta”, mas a construção de um novo *Ethos* para profissionais de saúde e usuários, no sentido da produção de cidadania e liberdade.

Ainda nesse movimento de coprodução de problematização, ao mesmo tempo também nos outros

<sup>1</sup> Voltaremos a esse ponto mais adiante.

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.

Considerar esses contextos cotidianos que constituem para uma equipe o que seja um **caso complexo** é fundamental exercício para a própria equipe, para a gestão e para o apoio. É muito comum que as equipes passem a utilizar o PTS como estratégia para “corrigir” casos difíceis – sistematizar uma estratégia de guerra da equipe com aquele usuário que não a obedece. 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 que expressam o que se passam com 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. Note-se que estes movimentos são geralmente difíceis de fazer, muitas vezes mobilizando afetos que a equipe não tem consciência. O ideal é que haja 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 usuários. 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 **Coprodução de Projeto**, não menos complexo do que o primeiro, traz consigo o desafio de conciliar as práticas de planejamento, com o sentido de **projetualidade**, 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 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 Coprodução de Problematização** – a qual deve conduzir a 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 expressam 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 participante, envolvido na coprodução 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 frequente naqueles casos que envolvem grande complexidade de questões e que demandam múltiplas abordagens (orgânica, psicoafetiva, 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 coproduz um PTS.

O terceiro movimento do PTS, a **Cogestão-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. 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 cogestão 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. 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 executar em consonância com o projeto coproduzido no coletivo. A conversão do profissional de referência à responsável pelo caso pode criar conflitos e desresponsabilização 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 sugestão é que as equipes organizem uma rotina de discussões de casos, no serviço. Seja criada uma agenda de formulação e de revisão dos PTSs. 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).

### **6.2 Algumas Questões para Quem Já Faz PTS**

Nessa seção apresentamos algumas questões, além das já abordadas neste texto, muito demandadas por profissionais e gestores de equipes que estão experimentando trabalhar com PTS no seu cotidiano.

### **6.3 A Questão do Uso de Roteiros para o PTS**

Uma das grandes dificuldades enfrentadas nessa prática é lidar, de um lado, com a necessidade de melhorar a sistemática das discussões e de outro, com o risco que a utilização de roteiros de discussão pré-formatados traz de compartimentalização e empobrecimento das discussões. A nossa estratégia para lidar com essa questão tem sido a de construir roteiros junto com os próprios participantes, ao longo de várias oficinas, que auxiliem na organização das discussões, na democratização do direito de falar e emitir opinião, na resolução de questões éticas emergentes no grupo, nas trocas e nas relações saber-poder em disputa naquele espaço e no cotidiano dos serviços. Preferimos sempre partir da própria organização do espaço de encontro, criando momentos de discussão de casos para formulação de PTS, nas quais se procure auxiliar na “resolução do caso” e, ao mesmo tempo, cuidar da construção do próprio espaço coletivo. Consideramos esta uma das formas de expressão do agir que dá corpo à coprodução-cogestão desses espaços coletivos. Ao cabo de um conjunto de encontros se acumula certo roteiro geral, que serve apenas como

ferramenta auxiliar para a organização das discussões de PTS, com ênfases diferenciadas de acordo com a demanda de discussão a cada momento.

A aposta é a criação de espaços de encontro com características que façam conectar afetos de forma construtiva e inventiva, permitindo a emergência de novas possibilidades de análise e superação das dificuldades cotidianas.

### 6.4 O Que Pode Ser Discutir um Caso? A Questão do Singular

Uma narrativa pode ser tomada como um “caso padrão” – um caso de saúde mental, um caso de violência doméstica etc. – que se “destaca” de um “pano de fundo estrutural” – de uma regra geral – para rebatê-lo a uma identidade a priori. Desse modo, “uma operação do pensamento ou de uma forma de narrativa que toma a diferença a partir da semelhança” (PASSOS; BARROS, 2008, p.10).

A “singularidade” de um caso, muitas vezes significa, para as equipes, um procedimento de identificação de particularidades nele contidas, as quais, lança a equipe num campo de variáveis, que são, de imediato estabilizadas, pelo hábito-senso comum ou pelo filtro teórico (CUNHA, 2005) – ideológico, remetendo novamente a ideia de “caso padrão”.

O conceito de risco, por exemplo, possibilita essa manobra de estabilização das variáveis de um caso por identificação. A equipe separa um caso de “baixa-adesão” ao tratamento de hipertensão. A própria denominação geral do caso já indica um critério entendido, muitas vezes, como “risco” pelas equipes. Discute-se o caso e a troca de informações vai enriquecendo de atributos de particularização aquela denominação geral inicial: 68 anos, mora na zona rural, tabagista, alcoolista, não faz dieta etc.

Seja qual for a motivação (teórica-ideológica-moral...) a equipe, com esse procedimento, apenas acrescenta características de identificação que tornam o caso mais compatível com as referências prévias da equipe. O que se trabalha, quando muito, são as novas associações possíveis entre essas variáveis.

Outra maneira de entender a singularidade é pensar que, ao invés de identificar a singularidade do caso, vamos acessar a singularidade do caso, ou mais precisamente, vamos participar da singularização do caso. Para isso, se procederá mais por “desmontagem” das narrativas. “Do caso extraí-se a agitação de microcasos como microlutas nele trazidas à cena” (PASSOS; BARROS, 2008).

Naquele momento no qual a equipe vai entrando em contato com as “particularidades” do caso, quando elas são lançadas num campo de variáveis instáveis, ao invés de forçar a estabilização dessas variáveis relacionando-as, por identificação imediata ao conhecido, a equipe deve aprender a exercitar e confrontá-las com o conhecido. Forçar, com prudência, a desestabilização de seu

próprio território de certezas no confronto com as variáveis do caso. Esse confronto produzirá desconfortos, estranhamentos, afecções nos corpos, “colapso” (VARELA, 2003), criando condições para o acesso à “espessura política da realidade do caso” (PASSOS; BARROS, 2008) e para o surgimento de outros universos de possibilidades.

O fundo aqui deixa de ser uma figura subjacente, tal como uma estrutura geral, para ser um plano de dissolvência que se alcança pela desmontagem do caso. Engorda e desmontagem, aumento de *quantum* intensivo e debreagem da realidade. A dissolvência é a experiência de desmontagem do caso, a sua desestabilização geradora de fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberam que são extraídas do caso. O caso molar se moleculariza. Sua forma dá passagem às forças que o habitam. O caso é, nesse sentido, o caso de um devir. Essas partículas emergentes pela desmontagem permitem a experiência clínica do traçado de uma linha de fuga, uma linha de criação para outro território existencial possível (outro mundo possível como dizíamos no Fórum Social Mundial). Engordando e desmontando o caso, são mil casos que se configuram. (PASSOS; BARROS, 2008, p.12).

Acessar a singularidade de um caso é criar sentidos e relações onde já não estão mais prioritariamente em jogo a adequação do usuário ou da equipe a um plano de normalidade da vida e sim ao plano investido da própria vida. Acessar a singularidade de um caso é produzi-la, na relação com o caso. Fazer o caso “engordar” para a equipe deve ser o resultado vivo do movimento de coprodução de problematização no PTS.

### **6.5 As Equipes de Saúde e o Desenvolvimento de uma Prudência – A Inclusão Necessária do Dissenso**

A experiência com inúmeros grupos de discussão de casos no levou, em determinado momento, a constatação de que, na perspectiva do que se propõe na formulação do PTS, não havia propriamente a consideração e a discussão das diferentes hipóteses explicativas de cada caso e sim uma discussão superficial e factual (algumas vezes tendendo à banalização do sofrimento dos usuários) que se detinha em informações, as quais eram processadas pelos profissionais de forma isolada. Em outras palavras, a discussão do caso se restringia, muitas vezes, a trocas de informações. Depois, cada profissional interpretava isoladamente as informações colhidas e formulava intervenções segundo seu núcleo profissional ou sua situação hierárquica na equipe. Uma forma de emergência dessa maneira de agir nas discussões de caso é a recorrência de manifestações de descontentamento de alguns trabalhadores que tenham em mente outras hipóteses explicativas e, conseqüentemente, não acreditam na possibilidade de sucesso das intervenções desenhadas pelo restante da equipe. Outra forma de emergência é o surgimento de mecanismos de sabotagem operados por alguns desses trabalhadores, principalmente quando se vai a campo realizar as ações planejadas no PTS.

Certa vez, em discussão de caso que participei em um município, tínhamos em cena uma senhora muito debilitada, acamada e dependente de cuidados domiciliares e seu único cuidador era seu

filho de vinte e poucos anos de idade, usuário de drogas que cuidava da mãe mais ou menos bem quando estava bem e não cuidava quando não estava. A equipe já acompanhava o caso há quase um ano e ultimamente o filho ficava mais da metade da semana sem conseguir prestar cuidados suficientes à mãe. Durante a discussão, uma das auxiliares de enfermagem da equipe fez uma apaixonada defesa da necessidade da equipe investir no tal filho para que ele desse conta de cuidar da mãe. Imediatamente, uma outra auxiliar de enfermagem levantou-se e começou a gritar com a colega afirmando enfaticamente que o melhor para aquela senhora era ser institucionalizada numa casa de repouso. Deu-se então o desgastante e demorado enfrentamento de opiniões e o resultado foi que metade da equipe ficou de um lado e a outra metade de outro. Ficaram ou já estavam? Qual seria a importância dessa discordância para o fortalecimento e crescimento da própria equipe? Em geral, isso é motivo suficiente para um ato de autoritarismo do gestor, ou para destruir o sentido de equipe no trabalho, ou para aqueles mais sensíveis adoecerem, ou para vários pedidos de transferência, ou para a indicação de um profissional externo que vai fazer “dinâmicas apaziguadoras” com a equipe. Todavia, poderíamos colocar em análise o porquê do dissenso ser tão demonizado quando se fala de trabalho em equipe.

Se apenas nos detivermos às questões que o caso suscita poderíamos pensar que é exatamente o dissenso que crava o limite ético à equipe e pode até mesmo protegê-la de atos danosos a si e a outros. Considerando que a equipe continue discutindo e alguém chegue à conclusão – como foi nesse caso –, que a equipe não tem toda a governabilidade para tomar essa decisão e mesmo que tivesse isso levaria algum tempo. Considerando a necessidade de manter cuidados domiciliares a esta senhora um consenso nessa equipe. As atividades desenvolvidas poderiam ser alimentadas de um posicionamento ético, prudente e produtor de cuidados a todos (equipe e usuários) envolvidos na situação. A equipe passaria a manter os cuidados domiciliares, investindo todas as suas energias em um novo comum, buscando melhora da situação, sabendo que conta com pessoas na própria equipe que sinalizarão quando se aproximar o momento de mudar de estratégia e, se for o caso, buscar outras possibilidades para viabilizar os cuidados a tal senhora. Teríamos, dessa forma, um novo cenário, no qual a equipe estaria se autorizando a investir afetivamente nos cuidados, mas não de maneira imprudente, pois encontra nela mesmo o dissenso necessário para saber quando parar e mudar de atitude-estratégia, com relação ao caso. O dissenso, ao invés de desautorizar e impedir, é uma mola propulsora para a ação implicada na transmutação de si e do mundo.

Todo esse movimento criou novas condições para a equipe continuar em relação com estes usuários, mas já em outro tom. A continuação do contato e da relação trouxe outras visibilidades e dizibilidades a situação. Ao longo do caminho, foi permitido pelo grupo outras maneiras de ver a situação do filho, das drogas, da rede social, etc. Ao final, não foi preciso que a senhora deixasse sua casa e seu filho. Ela melhorou fisicamente, o filho contribuiu com o que pôde, a equipe também e, depois de mais de um ano, ela morreu em casa durante o sono.

## 6.6 Considerações Finais

O PTS não pode ser considerado isoladamente como suficiente para provocar mudanças significativas nos modelos de atenção e de gestão. Assim como não se trata de solução para a prática prescritiva das equipes e da medicalização da sociedade.

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 produtivas, a formação de Colegiados de Cogestão, 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, que deve estar alinhada com um projeto maior de saúde e de cidadania.

## Referências

- ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, maio/jun. 2005.
- AYRES, J. R. C. M et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.117-140, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão 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. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000b. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Maio 2008.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: \_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Aurélio Guerra Neto (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, p.11-38, 1995.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

MERHY, E. E. 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. p. 117-119, 1995.

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

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. 1. ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec), v. 1, p. 283-297, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.). **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. Hucitec, São Paulo. p.71-86, 2003.

# 7 Os Grupos na **Atenção** **Básica à Saúde**

Paula Giovana Furlan  
Gastão Wagner de Sousa Campos



Apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiarem, em suas portarias e programas, ações grupais com usuários e grupos populacionais, principalmente na Atenção Básica, o que vemos são as práticas de saúde voltadas para a atenção individual em detrimento das ações coletivas. Há senso comum: faltam instrumentos e conhecimentos aos profissionais, em virtude de suas formações, para intervenções em grupos e coletivos. Entretanto, são poucos os estudos dedicados a analisar esse impasse e também a averiguar como os profissionais de saúde vêm trabalhando tais práticas. O que estranharia ao profissional de saúde, tão acostumado a receber pessoas diariamente, estar com várias delas ao mesmo tempo? Como estar com elas, sem estar com cada uma por vez? Como produzir clínica também no espaço grupal? Pretendemos trazer aqui algumas reflexões e considerações sobre essa prática, seu processo no cotidiano; apontando possibilidades para o seu planejamento e realização na Atenção Básica em Saúde.

Supõe-se que as profissões, que não centram suas terapêuticas em medicações: terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros; desde a formação na graduação, saberiam lidar com grupos. Porém, permanece uma sensação que tais profissionais também sentem dificuldade de sair do tão almejado encontro individual terapeuta-paciente, e, se olharmos o currículo universitário destas carreiras, veremos que poucos possuem uma configuração dos cursos voltada para tal habilidade.

As agendas dos serviços e os programas sanitários são organizados por atendimentos clínicos individuais e muitos profissionais relatam dificuldades em encontrar tempo para atuar em ações educativas, de grupos, visitas domiciliares, de prevenção e promoção, ou em atividades curativas e clínicas que poderiam ser realizadas de forma grupal (que para muitos são impensáveis!) e considerando interesses de coletivos e suas singularidades.

Os profissionais em suas práticas priorizam, claramente, ações em que foram mais instrumentalizados os atendimentos individuais pautados em procedimentos. Quando se arriscam a fazer grupos, com maior frequência os de caráter educativo, valem-se de palestras, metodologias expositivas, em geral, voltados para plateias imensas e que só teriam sucesso sob essa condição. Outros nem se arriscam a fazer grupos e se justificam dizendo que não têm a formação necessária, ou que é imprescindível que o grupo e o coordenador tenham orientação psicoterápica.

Desse modo, os profissionais possuem pouco tempo destinado a essas atividades, tanto para executá-las, quanto para refletir e discutir com os parceiros e usuários sobre as ações. A prática grupal, na Atenção Básica no Brasil, tende a ser uma prática complementar, seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda, e não um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas.

### **7.1 Por que Grupo? Possibilidades**

Iniciaremos em apontar cinco razões do para quê fazer grupo. É importante olharmos antes de tudo, o que queremos quando pensamos em colocar várias pessoas num mesmo espaço. Grupo

não é simplesmente agrupar pessoas numa sala. Quais são nossos objetivos? O que queremos? O resultado da participação em um espaço de grupo só aparece se o grupo faz sentido para **estar** nele. Nem sempre o grupo é vantajoso, mas há de se considerar os momentos em que pode ser potente para alcançar os objetivos do projeto terapêutico, seja individual ou coletivo.

- 1) Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários, tanto na compreensão do interesse do usuário e no porquê ele buscou o serviço, quanto na explicação de decisões anteriores sobre o tratamento de saúde. Outras questões relacionadas ao adoecimento podem ganhar visibilidade, não somente “vim porque estou com dor”, mas “tenho dificuldades de lidar com minha filha”, “não sei por que tomo esse remédio”, “me falaram que eu precisava de psicologia, mas não entendo o porquê”. Quanto mais a linguagem dos profissionais for acessível ao conhecimento da população alvo, melhor para utilização desses conceitos e dos conhecimentos adquiridos, no dia-a-dia, pelos pacientes. O grupo, em geral, confere maior grau de informalidade do que uma consulta individual, a relação com o paciente se estreita, o profissional também está exposto, também **está** no grupo, faz parte dele e é controlado por ele. Quem nunca ouviu a pergunta: “E você, doutor, como faz na sua casa?”. O espaço de grupo propicia que o saber esteja nas pessoas, e não centrado em um profissional de saúde, mas **também** nele. Quanto mais as recomendações são impositivas dentro de um grupo, menos as pessoas comparecem aos próximos encontros; quem não notou isso? Questões ainda aceitas dentro do consultório individual, como a hierarquia e a imposição de saberes, parecem intoleráveis num grupo (“para quê vou, se ele nem me ouve?”), pois nele, o grau de submissão a esse tipo de comportamento do profissional é menor.
- 2) O grupo pode trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento. A possibilidade dos encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado, de tratamento, de terapêutica. Tanto paciente quanto profissional visualizam o processo ao longo do tempo. Alguns profissionais receiam que ao participar de um grupo, o paciente deixe de dar seguimento dos atendimentos individuais e que solicite apenas renovações de receita, por exemplo, após o contexto grupal, aproveitando que esteve com o profissional que cuida dele. Nessa situação, cabe ao profissional avaliar, **juntamente** ao paciente, o que é pertinente ou não nesse contexto grupal. Nada mais sensato que proporcionar, no encontro profissional-usuário, aquilo que é importante no momento.
- 3) Outras duas razões não menos importantes de se fazer grupo, que geralmente andam juntas, é a alta demanda numérica populacional que chega à Atenção Básica e a escassez de recursos e de tempo no cotidiano do trabalho. Exemplos clássicos de grupos formados a partir dessas razões são os grupos para análise de resultados de exames e

de gestantes. Claro que nem todos os grupos são organizados para racionalizar recursos e tempo da equipe, mas tal prática é legítima naqueles com foco em juntar as pessoas para passar uma mesma informação num único momento, economizando tempo profissional. Quando o grupo tenta substituir o atendimento individual, em geral como consequência, pode-se produzir uma prática clínica degradada. Outro exemplo ainda, frequente na Atenção Básica, são aqueles grupos de hipertensos que objetivam aferir a pressão arterial e trocar informações sobre os alimentos. Já presenciamos grupos em que os usuários não pronunciaram uma só palavra, tiveram sua pressão arterial aferida, levaram umas “brincas”, já pressupondo que eles tinham aumentado o sal na comida etc... . Esses casos trazidos apontam para grupos planejados **somente** a partir dessas duas razões ligadas à carência de recursos. Quando são olhados outros fatores para sua constituição, encontram-se também razões legítimas e interessantes para iniciar projetos e ações que ainda não foram desenvolvidas nas unidades de saúde. Por exemplo: havendo alta demanda de gestantes, um ginecologista e um enfermeiro poderiam organizar um grupo, de 20 pessoas, para acompanhamento da saúde dessas mulheres e para conversas sobre o estar grávida, os medos, as dúvidas; com participação dos dois profissionais: tornando-se assim, um espaço clínico e de promoção interessante, que também traz economia de recursos para o serviço.

- 4) Outra razão para se fazer um grupo é que os usuários podem sentir maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que têm no manejo da doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) poderia propiciar. Os grupos oferecem mais tempo que uma consulta individual para essa exposição pessoal. Além disso, a comunicação se faz possível não somente pela expressão verbal, mas pelo corpo, pelas intensidades afetivas, subjetivas, simbólicas. Num grupo é impossível não ocorrer a emergência dos afetos no compartilhamento. Atividades expressivas e dinâmicas podem potencializar que o difícil de ser dito seja trazido à tona, geralmente, elementos importantes para o projeto terapêutico, que podem implicar também em aumento de adesão e participação.
- 5) A prática grupal possibilita também que tenhamos agregadas várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida com fatos e valores parecidos. A chamada “caixa de ressonâncias”, como num violão: o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em mim e no outro; toca, afeta. Isso deve aparecer como tema, ser comentado, falado, experimentado no cerne do corpo–alma. A troca de experiências vislumbra a possibilidade de formar-se rede social e de suporte para o cotidiano, para o além- grupo. Isso porque esse processo das ressonâncias, dos afetos, traz ao grupo algo primordial de sua constituição: o sentimento de grupalidade e a representação interna desse espaço. O grupo só opera com continuidade quando cada um se reconhece naquelas pessoas e sente que pertence àquele espaço. A liberdade

e a pertinência de estar com aquelas pessoas naquele momento, a criação do sentido em mim e em cada pessoa. Rede que opera, seja por imitação, identificação e/ou invenções, como um contágio de afetos.

A grupalidade acontece com mais facilidade quando há a formação de vínculo. Vínculo, para Pichon-Rivière (2007) é uma relação particular do indivíduo com outro, com um objeto e com o mundo. Temos nessa relação uma conduta relativamente fixa, que tende a se repetir tanto numa relação interna com o objeto, quanto externa a ele. Portanto, num grupo, que possibilita a formação de vínculo, podemos compreender um pouco de cada participante, o modo como ele se relaciona e como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história, pois o fenômeno que se manifesta, naquele momento, tem sua história inscrita no sujeito que o manifesta, em seu papel e em suas identificações na vida.

O grupo deve ser espaço potencial (WINNICOTT, 1975) para a experimentação e para possibilitar uma continência (BION, 1973), tanto para as transferências, resignificações e experiências existenciais. Isso significa que o grupo precisa constituir-se como um espaço em que seja possível e seguro experimentar o viver, ser espontâneo, pensar sem limites, sem medo, sem vergonha (ou com vergonha e com medo, mas com acolhimento e permissão para esses sentimentos!). Uma exposição, mas com o *setting* – constituição de um espaço protegido – e o *holding* – atuação que objetiva apoiar as pessoas no manejo de sua angústias e dificuldades –, conceitos bem difundidos de Winnicott. O grupo seria como uma zona intermediária de experiência, *locus* em que eu experimento, sou acolhido e posso experimentar então fora dele. Nota-se que muitos profissionais receiam que o grupo trará uma exposição desnecessária do sujeito, frente a desconhecidos, ou que o paciente nunca dirá a verdade num grupo porque não quer se expor frente aos demais. Para essa reflexão, faz-se necessária a distinção dos tipos de grupo: aberto, fechado ou, ainda, semi-aberto e distinção entre grupo e agrupamento ou série.

De forma geral, na Atenção Básica, um grupo dito fechado pode possuir:

- a) um limite de participantes;
- b) um limite de encontros;
- c) determinados usuários com indicação clínica para o grupo;
- d) os mesmos participantes do início ao término do processo grupal ou novos participantes, mas com indicação, continuidade e frequência de participação;
- e) a programação determinada do início ao fim para determinadas pessoas;
- f) uma proposta terapêutica definida para determinadas pessoas participantes/ convocadas;

- g) o acompanhamento de casos mais graves ou de maior vulnerabilidade, com continuidade ao longo do tempo, coesão grupal, criação de vínculo e suporte emocional entre as pessoas;
- h) início e fim para capacitação dos participantes.
- i) Exemplo de grupo fechado: grupos terapêuticos em saúde mental e de planejamento familiar para laqueadura/ vasectomia, pois iniciam com pessoas definidas. Para pessoas novas há que se ter novo contrato, e é preciso o seguimento para concluir o tratamento/ orientação.

Por grupo aberto, podemos definir aquele grupo da Atenção Básica:

- a) com uma temática aberta aos interessados, com uma divulgação geral na unidade de saúde;
- b) que os pacientes são convidados e não obrigados a comparecer;
- c) não exige uma frequência de participação;
- d) os participantes variam - não é o mesmo grupo de pessoas em todos os encontros;
- e) que os usuários podem convidar seus conhecidos e familiares a participarem.

Exemplos que damos de grupos abertos: dislipidemia, hipertensão, diabetes, terapia comunitária. Num grupo aberto, o número de pessoas poderá ser um pouco maior que nos demais grupos, pois os critérios de seleção são menos exigentes e a regularidade de reuniões não é tão rígida (FOULKES, 1948).

Podemos trabalhar o mesmo tema em grupos abertos ou fechados, isso dependerá do nosso objetivo de acompanhamento dos casos, de acordo com o risco, com a importância da formação de vínculo entre as pessoas e dos resultados almejados para o autocuidado e autonomia. Podemos dizer que, na Atenção Básica, os grupos abertos aconteceriam de forma mais frequente que os grupos fechados, dado o caráter das ações a serem desempenhadas de forma geral. Grupos fechados ficariam restritos às demandas, às necessidades de intervenção ou de populações específicas. Um grupo fechado exige maior dedicação dos profissionais e traz maior possibilidade de vínculo e de construção de confiança entre as pessoas, visto que os pacientes e o profissional que os acompanham são os mesmos. Num grupo aberto, o vínculo e a confiança não estão excluídos, mas é mais frequente a emergência de espaços de convivência, educativos e informativos. Por isso, quando se pensa que para o grupo a ser planejado na sua unidade de saúde, são fundamentais o sigilo e a confiança entre as pessoas, a melhor opção é um grupo fechado, que antes de tratar do assunto proposto, tenha espaço para a criação da grupalidade, do vínculo e da cumplicidade entre

os participantes. A formação do espaço protegido é que vai garantir que apareçam elementos fundamentais da história de vida e dos sentimentos daqueles que estão ali, se isso for pertinente para o tratamento ou para a melhoria das condições de saúde e de vida.

Também é importante distinguirmos se queremos a formação de um grupo, ou se um agrupamento já é suficiente. Lapassade e Lourau (1972) dizem que agrupamento ou série é uma forma de coletivo que recebe sua unidade do exterior, ou seja, não há uma necessidade interna dos presentes em comum. Exemplo clássico citado é da fila de ônibus, todos agrupados sem unidade interna. Acrescento aqui o grupo de diabéticos reunidos para “ver o dextro” (será que podemos chamar de grupo?). Um agrupamento de mães para medir e pesar as crianças menores de dois anos. O grupo se constitui a partir da unidade em comum, uma necessidade conjunta. Por isso, é diferente trabalhar com um grupo de mães, em que elas poderiam ter o atendimento clínico em grupo, conversar sobre dúvidas do crescimento dos filhos, angústias, alimentação ou outras questões que poderiam ser a unidade comum do encontro.

Por isso, antes de reunir as pessoas, os profissionais deveriam se perguntar: por que queremos colocar todas essas pessoas juntas? O que pode ser interesse comum entre elas? O que queremos atingir? E concomitantemente, perguntar aos possíveis participantes o que é que eles desejam e por que um espaço comum pode ser interessante. Essas reflexões também trarão elementos para planejar a quantidade de pessoas a serem participantes do espaço grupal, se o grupo vai ser aberto, fechado, esporádico, contínuo... . Podemos fazer um grupo de pacientes diabéticos com oito ou 30 pessoas, dependendo das diversas questões consideradas aqui.

### **7.2 A; Singularidade; dos Grupos na Atenção Básica**

Na história das práticas de atenção à saúde, antes da construção do SUS, observava-se que as ações de caráter assistencial curativas, com enfoque individual, estiveram reservadas ao setor privado, enquanto que as práticas de intervenção coletivas, de promoção à saúde e prevenção de doenças, estiveram destinadas ao cuidado das políticas estatais e do setor público. A dicotomia entre coletivo-prevenção-público X individual-curativo-privado foi claramente definida naquele momento.

Nas décadas de 1950 a 1970, ressurgiu de maneira singular o conceito de *Coletivo*, sob influência dos ideais preventivistas e da medicina social. Conforme Cohn, citada por Nunes (1994), o coletivo se impôs para a medicina, tanto para a prática curativa quanto para a de prevenção; com suas especificidades próprias tanto para sua quantificação, como para a sua explicação, sendo dinâmico e produto das relações sociais.

Com a Atenção Básica sendo estruturada como o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, essa deveria constituir-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção em saúde o mais

próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. Seus componentes fundamentais incluíram desde atividades de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa, numa tentativa de superação da dicotomia já apontada.

Parece lógico que a ocorrência dos grupos na Atenção Básica deve estar em sincronia com o que é preconizado para este modelo de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas às populações e às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem, então, como organização de suas ações, as áreas estratégicas para atuação em todo o país: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal, mental e a promoção da saúde (BRASIL, 2006). São características do processo de trabalho o desenvolvimento de ações educativas e focalizadas nos grupos populacionais de maior risco comportamental, alimentar e/ou ambiental e que possam interferir no processo saúde-doença e nos problemas de saúde mais frequentes de cada território.

Assim, os grupos teriam o objetivo de atingir essa parcela populacional que necessita de intervenção nos diversos níveis de atenção. Grupos que contemplassem ações coletivas de caráter educativo, de aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença, de esclarecimento, de mudança de hábitos. Por outro lado, os grupos almejavam a formação de um espaço para criação ou fortalecimento de redes sociais e para a experimentação de novas formas de viver.

O enfoque dos grupos pode ser variado, dependendo da condução, do tema, da patologia abordada e do risco à saúde que apresentam os participantes. Podem ser: esclarecedores, de aprendizado, informativos, terapêuticos, de ajuda mútua, geradores de renda, motivacionais, de aprendizado dos conhecimentos culturais locais, analíticos, de autoajuda, de treinamento, desde que propiciem o aumento do grau de autonomia de suas ações e do autocuidado para melhora da qualidade de vida.

Hoje já temos espalhados pela Atenção Básica, vinculados às ações e aos programas, grupos de pessoas com hipertensão, diabetes, citologia oncótica e prevenção de câncer; pré-natal, gestantes, planejamento familiar, dislipidemia, nutrição, qualidade de vida, ginástica, caminhada, tabagismo. Outros mais singulares de acordo com a política local, a população e a equipe, são os de crianças com problemas de comportamento, de crianças com suas respectivas mães (sobre a relação mãe-filho), de saúde mental, de bebês “chiadores”, de cuidadores, de convivência, de acupuntura e meditação.

Os grupos na Atenção Básica possuem uma importante característica da “troca de experiências”, sendo interessante a produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência

de adoecimento ou de sua condição de vida e das formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Essa forma de organização e esse objetivo facilitam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. A necessidade de compreender a si mesmo e aos outros cria maior abertura na solução dos próprios problemas. Revelar-se num grupo, a partir do sofrimento, pode ter alto valor terapêutico (FOULKES; ANTHONY, 1984). O terapêutico, as informações sobre a patologia, sobre os medicamentos vêm como aspecto secundário, a partir do momento propiciado ao *compartilhar as experiências*<sup>1</sup>.

Esse fato se difere substancialmente dos chamados grupos analíticos ou psicoterapêuticos, principalmente desenvolvidos pelo campo da saúde mental, que, frequentemente, são grupos fechados, para tratamento de transtornos da subjetividade e que apostam na análise das atitudes, ações e suas relações com a vivência com familiares e amigos, exigindo uma introspecção e um olhar cuidadoso sobre as vivências e histórias passadas. Ao contrário, os grupos na Atenção Básica, em que os profissionais não possuem essa formação analítica, principalmente médicos e enfermeiros, podem desenvolver enfoques diversos, evocados a partir do compartilhar vivências e conhecimentos, da pactuação de compromissos para melhorar a situação de saúde. Exemplo do grupo de orientação alimentar e obesidade, em que cada participante expõe sua experiência com as refeições, e a partir disso, pode-se discutir quantidades de proteínas, carboidratos, doses adequadas, fisiologia etc. Os aspectos subjetivos da pessoa podem ser trabalhados em decorrência desse processo e pode-se favorecer a sua independência financeira, o autocuidado em casa e a autonomia, sendo necessário em muitos momentos emergir as emoções para lidar com dependências, vícios, hábitos, dificuldades.

Um bom trabalho de grupo na Atenção Básica inclui o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, ações mais educativas que curativas, gerar integração na comunidade, favorecer a criação de redes de cuidado. Exige criatividade, dinâmica, diferentes atividades, e, principalmente, fazer em roda. Os assuntos mais “teóricos” devem ter relação com a vivência dos participantes, podem, sim, ser sugeridos. Utilizar um vocabulário acessível e avaliar a dinâmica e o processo no final do encontro também são importantes. Experimentar as sugestões no grupo é fundamental, como a elaboração de receitas culinárias, treinar a aplicação da insulina, fazer os alongamentos corporais orientados durante os encontros e representar as dicas de relacionamento familiar.

Os grupos coordenados por mais de um membro da equipe devem ser priorizados, pois facilitam a continuidade ao longo do ano. No caso de férias e faltas, o acompanhamento, as discussões em reuniões sobre os acontecimentos, a percepção de fenômenos e ocorrências no grupo não seriam interrompidos. Além disso, o aprendizado dos profissionais sobre a atuação do outro e

<sup>1</sup> Compartilhar implica em participar, partilhar, repartir, em diferença a trocar que diz de permutar, dar e substituir. Assim, o primeiro termo é o mais adequado para o fenômeno ocorrente no grupo.

as estratégias de equipe com a problemática e a execução de projetos terapêuticos singulares e coletivos dentro do grupo poderão servir como uma formação permanente em manejo de grupos. Duas pessoas sempre conseguem captar mais acontecimentos do grupo do que somente uma. Cada um tem um olhar sobre o grupo e sobre o que está acontecendo. Pode haver um revezamento dos profissionais participantes ou convite a pessoas externas, sendo importante em todas essas situações, definir um **profissional de referência fixo** para a condução, organização do grupo, formação de vínculo e seguimento. Em alguns grupos, é possível que o profissional de referência inicie, e o outro chegue num momento pontual para conduzir outra atividade.

A participação de agentes de saúde nas equipes de coordenação de grupos pode facilitar o conhecimento dos usuários do grupo, a história daquela comunidade e o modo como eles lidam com as relações na vida. O fato de morarem no bairro da unidade de saúde pode promover a vinculação da população às atividades propostas para os grupos. Em alguns serviços, os agentes de saúde participam ativamente dos grupos, como auxiliares no processo, ou como coordenadores, por exemplo, do *lian gong*, do grupo de ginástica e da acuidade visual, em geral, porque fizeram uma capacitação prévia. Podem também liderar atividades pontuais dentro dos grupos coordenados por outros profissionais. Percebe-se que eles coordenam em maior frequência os grupos de atividades de promoção à saúde e os realizados em espaço físico externo à unidade de saúde.

É preciso construir entrosamento interno da equipe, entre os coordenadores e os encaminhadores, de preferência é conveniente realizar-se reflexão conjunta sobre os encontros e dinâmica do grupo. Participar de grupos (não enquanto coordenador sempre) pode propiciar inclusive que a coordenação dos profissionais seja aprimorada e aprendida. Alguns profissionais que já participaram de grupos terapêuticos relatam um ganho para a elaboração e a condução de grupos na área da saúde. Apontam que a vivência de grupo possibilita o aprendizado de maneira a focar a discussão do tema proposto, a experimentar o papel de coordenação, a exercitar a escuta, a mediar o diálogo, a permitir que pessoas que não falam muito se expressem, a lidar com as frustrações e também a transposição da situação com os pacientes para os momentos em equipe e dinâmica das reuniões, facilitando discussões de casos, planejamentos e gestão do cotidiano da unidade de saúde. Na verdade, pode-se verificar que a ementa de disciplinas de cursos de graduação ou de cursos de especialização que objetivam a formação para o trabalho de grupo, trazem a maior parte de sua carga horária destinada à vivência de situações grupais e dos conceitos aprendidos.

Outro ponto importante para o acontecimento-grupo que parece banal, mas ainda pouco observado pelos profissionais é o ambiente. O local para a realização do grupo deve ser acolhedor. Tem tamanho apropriado para o número de pessoas participantes? Iluminação adequada? Móveis e materiais necessários para o tipo de atividade a ser desenvolvida? Claro que dependendo do tipo de atividade do grupo será escolhido um espaço interno ou externo, o que importa é se ele fornece o grau de sigilo exigido pelo determinado grupo e espaço para que todos se vejam

e participem. Muitos lugares destinam aos grupos aquela salinha que se guarda tudo o que não cabe nos consultórios. Você já viu isso? Como fazer um grupo com armários enferrujados, ventiladores quebrados, balanças no meio da sala? Se a unidade dispõe de um espaço para depósito, melhor acomodar esses itens lá, se não, melhor pedir uma força dos trabalhadores para dar uma arrumada no local. Muitos estímulos dificultam o andamento do grupo e aumentam o grau de dispersão, principalmente quando se trata de um grupo com crianças, por exemplo. Nada como um local organizado para seu fim. Um grupo de aprendizagem e vivência sobre ervas medicinais, por exemplo, pode ocorrer num canteiro de jardinagem externo da unidade, neste caso será inevitável a participação de pessoas diferentes a cada encontro, movidos pela curiosidade da aglomeração. Então, nada de se afligir em querer um espaço ultrassigiloso do que acontece nesse tipo de grupo. A escolha do espaço para o grupo dependerá do tema a ser desenvolvido, do seu enfoque, da unidade de saúde que o planeja e da existência de locais comunitários nos bairros.

Um modo interessante de dispor as cadeiras, os colchonetes ou as pessoas em pé no grupo é o círculo. É importante que num grupo as pessoas se vejam, olhem para as expressões de cada um, ouçam as conversas paralelas. Para o coordenador também é importante olhar para essa interação. Num grupo em que as pessoas só enxergam as costas dos outros, nas clássicas fileiras, você pode certificar que não teremos a grupalidade e que cada um quer saber de ser atendido individualmente para ir embora logo em seguida. A posição das cadeiras é importante para saber da relação entre as pessoas, se próximas, distantes, frias no relacionamento, perto ou distante do profissional. O hábito da roda na pedagogia, no samba (CAMPOS, 2005), na umbanda, na capoeira e na feijoada de domingo, que traz a possibilidade de reinventar as relações sociais e se colocar de fato nelas.

### 7.3 Para Finalizar

Quando falamos de criação de rede social, estímulo à autonomia e autocuidado e de compartilhar experiências, evidenciamos particularidades que são atualmente desenvolvidas nos grupos na Atenção Básica. Fatos que os diferenciam de grupos analíticos e psicoterapêuticos e possibilitam o acontecimento-grupo com outras singularidades em seu processo. Estar na Atenção Básica implica estar no território e nas relações que nele existem, para o grupo não é diferente. O grupo é um instrumento para olhar as relações e os modos de viver. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do sujeito. O fator terapêutico é somente um dos efeitos provocados pelo grupo. Reforçamos que para um grupo existir é necessário saber, primeiro, o porquê queremos as pessoas juntas e, segundo, qual é o sentido para as pessoas estarem num espaço grupal. O nosso sentido não pode prevalecer sobre o do outro, senão nunca estarão em mesmo nível. Posso ver, desde uma racionalidade sanitária, uma determinada importância em realizar tal temática em grupo, mas posso negociar com os futuros participantes o modo como ele pode ser realizado. Os grupos em

que os coordenadores revelam posturas impositivas ou de cunho moral impedem a formação de grupalidade e diminuem a adesão esperada, pois atropelam os desejos, as histórias, os sentidos de vida das diversas pessoas. Mais que reproduzir o ato de receitar fórmulas sobre como viver, o que comer, o que tomar, em cima de prerrogativas técnicas sobre o certo-errado, ou baseado em sua própria história de vida, o profissional de saúde deve possibilitar, no espaço grupal, que apareçam as diversas formas de viver, de lidar com o adoecimento, com as dificuldades, com as dores, com os sentimentos e com as histórias, e, a partir daí, reconstruir maneiras possíveis, com seu conhecimento e história, junto às pessoas, de se viver seja de forma mais autônoma, em rede e melhor.

### Referências

BION, W. R. **Atenção e interpretação**: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. SP: Hucitec, 2005.

FOULKES, S. H. **Introduction to group-analytic psychotherapy**. London: Heinemann, 1948.

FOULKES, S. H; ANTHONY, E. J. **Group psychotherapy**: the psychoanalytic approach. 2. ed. Londres: Karnac, 1984.

LAPASSADE, G; LOURAU, R. **Chaves da sociologia**. Rio Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

NUNES (Ed). Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Soc.**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio Janeiro: Imago, 1975.

# 8 Construindo Cultura de **Paz** e não Violências no Campo da **Saúde** Pública: A Mediação (Cogestão) de Conflitos como Possibilidade de Retomada do **Diálogo** entre **Partes Conflitantes**

---

Artigo publicado em: Revista Médica de Minas Gerais 2006; 16(4 Supl 2): 65-138

Ana Rita Castro Trajano

“A Paz não pode ser mantida à força. Somente  
pode ser atingida pelo entendimento”  
(Albert Einstein).



### Resumo:

Objetiva-se discutir a Mediação de Conflitos (MC), articulada às diretrizes e aos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil, referentes à Gestão Participativa/Cogestão e à Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores da Saúde, tendo em vista a sistematização de Metodologia de Análise e (Co)gestão de conflitos nos locais de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte. Partindo-se de elementos da MC no campo do Direito, da Assistência Social, da Psicologia, dentre outras, busca-se dialogar com metodologias que têm como princípio a busca de autonomia e protagonismo dos sujeitos implicados nos processos de produção de saúde – trabalhadores, gestores e usuários. Primeiramente procura-se contextualizar as violências contemporâneas tomando-as como uma questão de Saúde Pública; num segundo momento, aborda-se a MC como uma das estratégias de prevenção de violências e resolução pacífica de conflitos, possibilitando a vivência de uma Cultura de Paz e Não Violências em locais de trabalho do SUS. Assim se vão construindo as ações/intervenções de MC como parte da Política Nacional de Humanização/HumanizaSUS, configurando-se como uma Roda de Conversa, em que todas falam e dialogam num esforço Coletivo de Análise e Cogestão de Conflitos em locais de trabalho do SUS, buscando-se construir acordos, consensos e parcerias.

### Palavras-chave:

Mediação de conflitos. Humanização. Cultura de paz.

## Introdução

O presente artigo tem como referência o Projeto de Redes de Valorização e Cuidado junto com os Trabalhadores da Saúde<sup>1</sup> (TRAJANO, 2007) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte (BH), compondo o trabalho de Apoio Institucional da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>2</sup> (BRASIL, 2010) junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/HUMANIZA SUS–BH.

Objetiva-se discutir a Mediação de Conflitos (MC), articulada às diretrizes e aos dispositivos da PNH referentes à Gestão Participativa/Cogestão e à Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores da Saúde, visando a sistematização de metodologia de análise/intervenção em situações de conflitos e violências nos locais de trabalho do SUS–BH.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS–HumanizaSUS, criada em 2003, estrutura-se segundo três princípios centrais:

- **Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde** – que são práticas interdependentes e complementares.
- **Transversalidade** – concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.
- **Autonomia e protagonismo dos sujeitos** – corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão.

Ela se compõe de diretrizes e dispositivos, entendidos estes como **“tecnologias ou modos de implementar a humanização, que são singularizados em processos de coconstrução nos serviços e apoio institucional como forma de promover inovações nos processos de trabalho e organização das unidades de saúde.”** (ROLLO, 2007)<sup>3</sup>.

Os dispositivos se relacionam às diretrizes, que são orientações gerais da política, apontando no sentido da: Clínica Ampliada; da Cogestão; da Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores;

<sup>1</sup> Trajano, Ana Rita Castro. Construindo Redes de Apoio e Valorização dos Trabalhadores da Saúde: experiências em Unidades Básicas de Atenção. In Serafim B. Santos-Filho & M.Elizabeth Barros de Barros (orgs.). Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!- Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 233-249.

<sup>2</sup> MINISTÉRIO da Saúde do Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH): HUMANIZASUS. Documento Base. 3 ed. Brasília, 2006 e Folder da PNH, 2006. Disponível em : [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus).

<sup>3</sup> Rollo, Adail de Almeida. É possível Valorizar o Trabalho na Saúde num Mundo Globalizado? – In In Serafim B. Santos-Filho & M.Elizabeth Barros de Barros (orgs.). Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!- Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.19-59.

do Acolhimento; da Defesa dos Direitos dos Usuários; da adequação da Ambiência, etc<sup>4</sup> (BRASIL, 2006).

O Projeto **Redes de Valorização e Cuidado junto com os Trabalhadores da Saúde**, em desenvolvimento, vincula-se a uma das diretrizes da PNH que é a **“Valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde”** e relaciona-se com as demais, em especial, a que aponta para os processos de **Cogestão/Gestão Participativa**. Nesse contexto é que vamos construindo as ações/intervenções de MC no campo do SUS, configurando-se como práticas de Análise e (Co) gestão de Conflitos.

Inserida dessa forma na PNH/SUS, a MC tem se constituído como uma estratégia de prevenção de violências e resolução pacífica de conflitos, na medida em que contribui para a retomada do diálogo entre sujeitos discordantes/em disputa, compondo o conjunto de práticas e valores de uma Cultura de Paz e Não Violências.

Partindo-se de elementos da MC no campo do Direito, da Assistência Social, da Psicologia, dentre outras, busca-se dialogar com metodologias desenvolvidas por profissionais da saúde, em especial o Método da Roda e Paideia<sup>5</sup> (CAMPOS, 2007), a Análise Institucional<sup>6 7 8</sup> (BAREMBLITT, 1982, 1992, 1998) e as Oficinas de Autogestão<sup>9 10</sup> (TRAJANO, 2002, 2004).

Espera-se com a elaboração desse artigo contribuir para reflexões e debates entre os sujeitos/atores participantes dos processos/movimentos em direção à concretização dos valores de uma Cultura de Paz e Não Violências no campo da Saúde Pública, fortalecendo processos de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

### 8.1 Violência Urbana no Contexto de Globalização Neoliberal

*“Como a violência reaparece a cada época sob novas formas, é necessário retomar permanentemente a luta contra ela”*( Stephen Zweig, Conscience contre violence)

Os dados referentes às taxas de homicídios, em países da América Latina, como Brasil, Colômbia, Peru, México, El Salvador, entre outros, a partir dos anos 80, mostram a gravidade da situação

<sup>4</sup> Cf. MINISTÉRIO da Saúde do Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH):HUMANIZASUS. Documento Base. 3 ed. Brasília, 2006.

<sup>5</sup> Campos, GWS Saúde Paidéia. 3 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

<sup>6</sup> Baremblytt, Gregório (org.). GRUPOS: Teoria e Técnica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

<sup>7</sup> Baremblytt, G. Introdução à Esquizaanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.

<sup>8</sup> Baremblytt, G Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1992.

<sup>9</sup> Trajano, Ana Rita Castro & Carvalho, Ricardo Augusto Alves de. Oficinas de Autogestão como produtoras de novas identidades laborais no contexto da Economia Solidária. In Trabalho e Educação. Iracy Picanço & Lia Tiriba ( orgs). São Paulo: Ed. Idéias e Letras, 2004. p.125-145.

<sup>10</sup> Trajano, Ana Rita Castro. Trabalho e Identidade em novas configurações socioproductivas: autogestão, autonomia e solidariedade em construção. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Mestrado de Psicologia da UFMG, 2002.

atual. O número de homicídios no Brasil teve um aumento de 50,2%, no período de 1991 a 2000, ao passo que o incremento da população que foi de 15,5% no mesmo período<sup>11</sup> (SOUZA, 2005). O que surpreende, porém, é o fato de que essa situação surge **justamente quando desaparecem as ditaduras, amenizam-se as guerrilhas e se decreta a paz e a democracia.**<sup>12</sup> (BRICEÑO-LEÓN, 2002).

Em estudos anteriores<sup>13</sup> (TRAJANO; CARVALHO, 2003) sobre as transformações no mundo do trabalho contemporâneo e a criação de alternativas, como a Economia Solidária e o Fórum Social Mundial, a chamada globalização neoliberal, sustentada pelo **consenso econômico neoliberal**,<sup>14</sup> (SANTOS, 2002) a autora pontua o caráter excludente e desumano do estágio atual do capitalismo, que vem deixando milhões de seres humanos em estado de miséria, violentados em sua dignidade, em sua humanidade, alijados dos processos de construção da cidadania e de respeito aos direitos humanos fundamentais. **A soma da riqueza de 0,01% da população é equivalente ao que possuem 50% dos habitantes do planeta.**<sup>15</sup> (CATTANI, 2003). A contextualização do fenômeno da violência nesse cenário de globalização neoliberal, de precarização do trabalho, desemprego e “exclusão”, vem nos dizer das relações entre desigualdades sociais e violência urbana – a que chamamos urbano-social – considerando sempre a abordagem multicausal ou de causalidade complexa do objeto em foco.

Essa reflexão é importante, pois vai nos dizer sobre um contexto social e econômico onde se inserem as Unidades Básicas de Saúde–SUS e onde os atos de violência urbana atravessam o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, seja diretamente, quando acontecem mortes ou ferimentos graves por “balas perdidas” ou com “alvo certo” em “conflitos armados,” ou pela pressão de pessoas envolvidas com o tráfico de drogas sobre os trabalhadores (o que não é muito violento, mas aparece); seja indiretamente, quando atingem psiquicamente os moradores da comunidade, que chegam bastante alterados nos Centros de Saúde ou pelo medo e insegurança que essas situações de violências provocam em todos nós.

É importante ainda lembrar que existem outras manifestações de violência, aquelas que não aparecem tão explicitamente como a “violência dos homicídios”, as chamadas **violências institucionais**, que acontecem no espaço de trabalho, como o assédio moral,<sup>16</sup> (FRANCE-HIRIGOYEN, 2005) a disputa desleal entre colegas, o autoritarismo e a arbitrariedade de

<sup>11</sup> Cf. Souza, Edinilsa Ramos de et all (orgs). Violência interpessoal: homicídios e agressões. In Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

<sup>12</sup> Cf. BRICEÑO-LEÓN, Roberto. (2002) La nueva violencia urbana de América Latina . In Sociologias. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS, Porto Alegre, ano 4 , no 8, jul/dez/2002.

<sup>13</sup> Trajano, Ana Rita C. & CARVALHO, Ricardo. Trabalho, Globalização e Desenvolvimento Sustentável: um enfoque psicossocial das transformações no mundo do trabalho. In Psicologia Social e Direitos Humanos. Andréa Guerra, Lúcia Afonso et all (orgs). Belo Horizonte: ABRAPSO/Edições do Campo Social, 2003.

<sup>14</sup> Santos, Boaventura Souza (org.). A Globalização e as Ciências Sociais. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

<sup>15</sup> Cattani, Antônio David (org.). A outra Economia. Porto Alegre: Ed. Veraz, 2003.

<sup>16</sup> France-Hirigoyen, Marie. Mal-Estar no Trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

gerências conservadoras, o desrespeito e a desvalorização dos trabalhadores por parte tanto do poder público, como dos usuários do sistema; o fenômeno das violências domésticas/familiares e da violência simbólica, que se dá por processos educativos manipuladores, por imposição de ideologias e culturas dominantes. **A violência é a violação da vida... da dignidade, da humanidade do outro... a humilhação infligida por adulto a uma criança ou a um outro adulto já é violência**<sup>17</sup> (MULLER, 2006). Em discussão sobre a complexidade do conceito de violência e as possibilidades de articulação de políticas públicas buscando-se enfrentar os **diferentes modos de expressão da violência na sociedade**, Miranda e Oliveira<sup>18</sup> (2006), abordam as diferentes dimensões do fenômeno, segundo diferentes definições: violência física (atinge a integridade corporal); violência econômica (que se expressa pela posse de bens contra a vontade do proprietário; lembramos ainda a superexploração da força de trabalho humana); violência moral e simbólica (ofensa à dignidade e ao direito do outro); violência institucional (provocada por conflitos não resolvidos, envolvendo, no caso dos serviços de saúde, os usuários, trabalhadores e gerentes das unidades de saúde, incluídos aqui os centros de saúde, unidades de urgência, unidades de referência e hospitais). A partir daí discutem a **necessidade de se articular políticas públicas de modo a possibilitar a atuação governamental nos diferentes modos de expressão da violência na sociedade**. É aí, nesse processo que se insere a consultoria/apoio institucional da PNH–Ministério da Saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde/ HumanizaSUS–BH.

### 8.2 Violências Contemporâneas: um Problema de Saúde Pública

Interessa-nos aqui o fenômeno da violência nos dias atuais, lembrando, no entanto, que esse é um fenômeno que se manifesta em toda a história da humanidade, desde os tempos primitivos, o que o caracteriza, conforme Minayo<sup>19</sup> (2005), como um fenômeno sócio-histórico, que apresenta **causalidade complexa e múltiplos sentidos**. A violência não é “em si” uma questão de saúde pública, mas transforma-se em um problema para a área na medida em que **afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor**. (TRAJANO; CARVALHO, 2003). A Organização Pan-Americana da Saúde enfatiza o caráter endêmico da violência contemporânea, entendendo-o como um problema de saúde pública<sup>20</sup> (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 1994). Segundo ela, o **setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela**

<sup>17</sup> Müller, Jean Marie. Cultura da Paz e Não Violência. In DIVULGAÇÃO em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro: CONASEMS / CEBES, No 35, junho/2006.

<sup>18</sup> Miranda Magalhães, Helvécio & Costa Oliveira, Roseli. A violência urbana em Belo Horizonte: O olhar da saúde e as possibilidades de intervenção intersectorial. In Revista DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: CONASEMS ( Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde) / CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), No 35, junho 2006.

<sup>19</sup> Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

<sup>20</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Violência y salud: resolución no XIX Congreso. Washington, 1994.

**pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social** (SANTOS, 2002). Introduce-se assim a temática das relações entre violência contemporânea e saúde pública, deixando claro que esse é um fenômeno que exige rigor e aprofundamento da reflexão para elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento das questões levantadas nesse cenário.

Enfatizamos que a complexidade do conceito nos indica diferentes dimensões da análise – biopsicossocial (além de outras como econômicas, culturais, etc) – e que esse é apenas um primeiro esforço de compreensão do fenômeno, a partir de uma abordagem multidisciplinar, buscando-se articular diferentes campos de saberes e práticas.

### **8.3 A Mediação de Conflitos (MC) como uma das Estratégias de Prevenção de Violências e Resolução Pacífica de Conflitos nos Locais de Trabalho do SUS–BH**

A Mediação de Conflitos (MC) tem sido definida como instrumento para resolução pacífica de conflitos em diferentes campos de atuação dos profissionais do Direito, da Psicologia, da Assistência Social, da Educação, entre outros, aparecendo também em movimentos comunitários, sociais, sindicais em que as lideranças atuam como mediadores de situações diversas de conflitos.

Como nos aponta Garcia<sup>21</sup> (2004), a arte de mediação como um **terceiro** – seja um juiz, Deus ou outro – favorecendo a resolução de conflitos, é muito antiga e complexa, cabendo à nossa atualidade **inventá-la mais uma vez, assim como uma ética que lhe seja condizente**. Salienta ainda que a mediação **solicita uma intervenção no nível real dos grupos, dos parceiros**, não se tratando de uma intervenção sobre conflito psíquico interior. Aborda conflitos entre sujeitos humanos em relação, não deixando de considerar os mecanismos psíquicos inconscientes que atuam e integram estas relações.

Numa perspectiva do Direito em relação com a Sociologia e a Antropologia, a MC aparece como uma nova forma de Direito, um padrão de vida jurídica **[totalmente diferente dos existentes nas sociedades ditas civilizadas, constituindo-se como mecanismos de resolução jurídica informal de conflito existentes nas sociedades contemporâneas e operando à margem do direito estatal e dos tribunais oficiais<sup>22</sup>]** (SANTOS, 1999). A partir desta visão a MC pode ser considerada como mecanismos de resolução dos conflitos caracterizados pela **informalidade, rapidez, participação ativa da comunidade, conciliação ou mediação entre as partes por meio de um discurso jurídico retórico, persuasivo, assente na linguagem comum**. Assim a MC se insere no conjunto de reformas de administração da justiça, no campo da criação de alternativas à justiça civil tradicional, campo este que constitui hoje uma das áreas de maior inovação na política judiciária. Essas alternativas vão sendo criadas/inventadas em diferentes lugares, seja na França, com os *conciliateurs*, nos EUA com os Centros de Justiça de Bairro e no

<sup>21</sup> Garcia, Célio. Psicologia Jurídica: operadores do simbólico. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

<sup>22</sup> Santos, Boaventura de Sousa. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. – 5 ed.- São Paulo: Cortez, 1999.

Brasil com o Movimento VIVA RIO/Balcão de Direitos, atuando em vilas e favelas do Rio de Janeiro, desde 1996; o Balcão de Direitos vinculado a diferentes Programas Sociais – na área dos Direitos de Cidadania e da Urbanização/Habitação – da Prefeitura de Belo Horizonte, desde 2000<sup>23</sup> (BRASIL, 2005); o Programa Mediação de Conflitos da Secretaria de Estado de Defesa Social/Superintendência de Prevenção à Criminalidade, atuando em aglomerados urbanos em todo o Estado de Minas Gerais, desde 2005<sup>24</sup> (MINAS GERAIS, 2006). Concluindo, a MC faz parte das Alternativas de Resolução de Disputas/Conflitos (*Alternative Dispute Resolution–ADR*), o que é considerado **a manifestação mais concludente das transformações em curso nos processos convencionais de resolução de conflitos** (FRANCE-HIRIGOYEN, 2005).

### 8.4 MC como Elemento de uma Cultura de Paz e não Violências

A Cultura de Paz é esforço e dedicação para o diálogo, a negociação e a mediação, de forma a tornar a guerra e a violência inviáveis, e deve ser entendida como um processo, uma prática cotidiana que exige o envolvimento de todos: cidadãos, famílias, comunidades, sociedades e Estado (Conpaz).

Hoje falamos de uma Cultura de Paz e Não Violências, o que expressa concepções de cultura que negam a origem da vida cultural sedimentada em atos de violência. Em estudos sobre Violência e Psicanálise, Jurandir Freire Costa<sup>25</sup> (2003) após longa reflexão sobre diferentes abordagens da violência no campo da Psicanálise e Educação, conclui que **nada que o homem fez e que o torna humano nasceu da violência e sim contra ela**. Reafirmando seu pacifismo, propõe que tentemos **escapar de nossa rotina mental**, enfatizando a pergunta – Por que a Paz? – em oposição à outra que traz sentido inverso – Por que a Guerra? Assim talvez **o problema da violência recebesse uma nova luz**. Esse exercício de focar a PAZ e não a violência é onde nos inserimos, como profissionais da saúde, no movimento de construção de uma Cultura de Paz e Não Violência, pois sabemos e concordamos **que a vida cultural nasceu e permanece viva através de pactos sem armas, através de atos de paz** (GARCIA, 2004) (grifo do autor).

Nesse contexto de reflexões e movimentos poderíamos dizer que a MC vai se constituindo como elemento importante da construção de uma Cultura de PAZ, na medida em que contribui para a retomada de nossa **“natureza humana conversacional”, “linguajeira”, como “seres de linguagem.”** No dizer de Ricardo Carvalho, **escutar é preciso, mas antes – politicamente falando – é preciso oportunizar a fala, para que o sujeito, cuja estrutura é linguagem, emergja em sua humana-mente forma emancipada**<sup>26</sup> (CARVALHO, 2004).

<sup>23</sup> BALCÃO DE DIREITOS: relatório de atividades. Projeto Integrado da Vila Senhor dos Passos, Programa Habitar Brasil – Ministério das Cidades - BID; Programa BH - Cidadania; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2005.

<sup>24</sup> PROGRAMA MEDIAÇÃO DE CONFLITOS. Programas de Prevenção à Criminalidade do Governo de Minas Gerais; Secretaria de Estado de Defesa Social, 2006.

<sup>25</sup> Costa, Jurandir Freire. Violência e Psicanálise. -3ed.- Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

<sup>26</sup> Carvalho, Ricardo. Considerações (preliminares) sobre a violência ou notas sobre um Mal banalizado. Brasília: Ministério da Saúde/PNH, 2004. (mimeo)

Assim é que na Campanha “SAÚDE NA PAZ”, desenvolvida em BH, pela SMSA, com participação dos profissionais de saúde mental, envolvendo “portadores de transtorno mental” na produção de desenhos e pinturas, incentiva-se a troca de Mensagens de PAZ, dentre as quais citamos algumas:

**A paz não pode ser mantida à força. Somente pode ser atingida pelo entendimento.**  
EINSTEIN

**Não há um caminho para a paz; a paz é o caminho.** GANDHI

Paz não é ausência de guerra; é uma virtude, um estado mental, uma disposição para a benevolência, confiança e justiça. SPINOZA

A paz se opõe à violência, mas não é submissão, apatia, conformismo. **Só há conflito a partir do momento em que o escravo se ergue e tem coragem de avançar, de ir em direção ao seu mestre para reivindicar a liberdade. Portanto em uma situação de injustiça, é preciso criar o conflito** (CATTANI, 2003).

### 8.5 MC como análise e (co) gestão de conflitos em práticas do humanizaSUS–BH

No campo da Saúde Pública, em especial a partir da construção da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – Humaniza SUS, a MC tem aparecido como uma atribuição dos gestores, sempre chamados a mediar e resolver conflitos entre os trabalhadores, entre esses e/ou usuários, entre o poder público, os sindicatos, a comunidade e empenhados na construção de formas de gestão participativas, democráticas, humanas, na perspectiva da Cogestão ou Gestão Compartilhada.

Nessa linha, é importante lembrar o Método da Roda<sup>27</sup> (CAMPOS, 2000) como um método de gestão “antitaylorista”, no sentido de que procura deflagrar processos de formação de coletivos organizados para a produção, em oposição às organizações burocráticas e autoritárias, em que ocorre a separação entre concepção e execução do trabalho, não favorecendo a participação e o protagonismo dos sujeitos implicados com a produção. O HumanizaSUS–BH levanta como demanda a **“necessidade de preparar gestores e trabalhadores para a atuação voltada para a Mediação de Conflitos”**, tomando-a como uma atribuição não apenas dos gestores, mas também de trabalhadores, que no seu dia a dia se deparam com situações de conflitos entre os diferentes sujeitos implicados com a produção de saúde: trabalhadores, gestores e “usuários” (usaremos “usuários” sempre significando sujeitos-cidadãos usuários dos serviços do SUS). Por isso, poderíamos dizer, que se aproxima do Método da Roda, já que a gestão se torna uma responsabilidade de todos os sujeitos-trabalhadores e não apenas dos gestores. Assim, a MC vai se configurando como uma Metodologia de Análise e Cogestão de Conflitos, diferenciando-se da forma clássica em que um Mediador favorece a retomada do diálogo entre duas partes em disputa/conflito. O formato que se vai construindo com o decorrer das práticas envolve diferentes

<sup>27</sup> CF. Campos, Gastão Wagner de Sousa.(2000) Um método para análise e Co-Gestão de Coletivos. São paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

sujeitos, podendo ter como mediadores tanto gestores como trabalhadores, ou ainda lideranças comunitárias; constituindo-se como uma Roda de Conversas, em que todos falam e dialogam no esforço Coletivo de Análise e Cogestão dos Conflitos nos locais de trabalho do SUS, buscando-se construir acordos, consensos e parcerias.

Poderíamos dizer que a MC, como uma prática de retomada do diálogo e busca de acordos entre partes em discordância ou divergências em torno de um problema/tema, compõe o conjunto de dispositivos da Humanização, contribuindo para a construção de ações humanizadoras, no sentido da valorização da dimensão subjetiva e social, que toda prática de saúde supõe; bem como da criação de gestões participativas, dialogais, com real implicação de todos os sujeitos envolvidos, em direção a uma maior valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS.

### Agradecimentos

Agradecemos pelo apoio e solidariedade nessa construção coletiva de Redes de Saúde e (na) Paz aos parceiros e mestres, sempre disponíveis para a troca e o diálogo:

Elza Machado de Melo; Adail de Almeida Rollo; Helvécio Miranda Magalhães Júnior; Roseli da Costa Oliveira; Ricardo Augusto Alves de Carvalho.

### Referências

BAREMBLITT, Gregório (org.). **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): humanizaSUS: documento base**. 3 ed. Brasília, 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)>. Acesso em: 06 jul. 2010.

BRASIL. Ministério das Cidades. BID. Programa BH/Cidadania. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Balcão de direitos: relatório de atividades: projeto integrado da Vila Senhor dos Passos: Programa Habitar Brasil**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Política Nacional de Humanização (PNH): humanizaSUS: documento base**. 3 ed. Brasília, 2006.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. La nueva iolencia urbana de América Latina • In: **Sociologias: Programa de pós-graduação em sociologia da UFRGS, Porto Alegre, v. 4, n. 8, jul./dez. 2002.**

- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paideia**. 3 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.
- CARVALHO, Ricardo. **Considerações (preliminares) sobre a violência ou notas sobre um mal banalizado**. Brasília: Ministério da Saúde; PNH, 2004. (mimeo).
- CATTANI, Antônio David (Org.). **A outra economia**. Porto Alegre: Ed. Veraz, 2003.
- FRANCE-HIRIGOYEN, Marie. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- COSTA, Jurandir Freire. **Violência e psicanálise**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.
- GARCIA, Célio. **Psicologia Jurídica: operadores do simbólico**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.
- MULLER, Jean Marie. Cultura da paz e não violência. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: CONASEMS; CEBES, N. 35, jun. 2006.
- MINAS GERAIS. Programas de Prevenção à Criminalidade do Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Defesa Social. **Programa mediação de conflitos**. Belo Horizonte, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.
- MIRANDA, Magalhães; OLIVEIRA, Roseli Helvécio e Costa. A violência urbana em Belo Horizonte: o olhar da saúde e as possibilidades de intervenção intersetorial. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 35, jun. 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Violência y salud: resolución no XIX Congreso**. Washington, 1994.
- ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: SANTOS-FILHO, Serafim B; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Ijuí: Unijuí, p.19-59, 2007.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **A Globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. (Org.). Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

TRAJANO, Ana Rita Castro. **Trabalho e Identidade em novas configurações socioprodutivas**: autogestão, autonomia e solidariedade em construção. Dissertação [Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Mestrado de Psicologia da UFMG, 2002.

TRAJANO, Ana Rita C.; CARVALHO, Ricardo. Trabalho, Globalização e Desenvolvimento Sustentável: um enfoque psicossocial das transformações no mundo do trabalho. In: GUERRA, Andréa; AFONSO, Lúcia et al. (Org.). **Psicologia social e direitos humanos**. Belo Horizonte: ABRAPSO; Edições do Campo Social, 2003.

TRAJANO, Ana Rita Castro; CARVALHO, Ricardo Augusto Alves de. Oficinas de Autogestão como produtoras de novas identidades laborais no contexto da economia solidária. In: PICANTO, Iracy; TIRIBA, Lia (Org.). **Trabalho e educação**. São Paulo: Ideias e Letras, p.125-145, 2004.

TRAJANO, Ana Rita Castro. Construindo redes de apoio e valorização dos trabalhadores da saúde: experiências em unidades básicas de atenção. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Ijuí: Unijuí, p. 233-249, 2007.

9 Efeito Paideia e  
**Humanização**  
em **Saúde:** Cogestão e não  
**Violência** como Postura  
Existencial e Política

Gastão Wagner de Sousa Campos



### 9.1 O Método Paideia e a Ação do Sujeito no Mundo da Vida

Os sistemas políticos se articulam em três instâncias básicas: primeiro, o contrato social de fundação e refundação da sociedade; isto é, toda uma rede de leis e de valores que compõem as instituições em uma dada sociedade; segundo, o governo e outros dirigentes que realizam a “gestão” da rede de organizações que constituem a Pólis contemporânea; no caso, o Estado, empresas públicas e privadas e outras organizações religiosas ou comunitárias; terceiro, os sujeitos que vivem segundo essas leis e que se utilizam ou trabalham nessas organizações: indivíduos e coletivos organizados que formam movimentos sociais, a opinião pública e grupos de interesse.

O Método Paideia busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições. Opera, portanto, diretamente sobre essa terceira instância da Pólis; isto é, procura realizar um trabalho sistemático junto aos próprios sujeitos, ampliando sua capacidade de atuar sobre o mundo que os cerca, particularmente sobre as instituições e organizações.

O método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmo, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social.

Essa educação para a vida teria como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão, que permita aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua própria saúde. A gestão compartilhada da clínica ou da saúde pública pode se constituir também em um espaço onde se produza esse efeito Paideia.

A Paideia é, portanto, uma metodologia para a formação de pessoas, objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Não se trata de uma técnica neutra, o método sugerido apoia-se em alguns valores e critérios para balizar a política e a gestão. Não exige espaços terapêuticos ou pedagógicos especiais, como consultórios ou escolas; ainda que possam ser implementados também nesses lugares. O Método Paideia para ser realizado depende da constituição de espaços de cogestão (cogestão sendo definida como compartilhamento de poder) e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais.

Ainda que seja autoaplicável, dependendo da apropriação por um coletivo de seus conceitos fundamentais, o método ressalta a importância de ofertas externas para apoiar a mudança de pessoas ou de grupos. Trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, procurando sempre meios para que essa reflexão rebata sobre a imagem que os sujeitos têm de si mesmos. Busca o sentido forte do termo reflexividade: o pensamento voltar sobre si mesmo a partir das evidências colhidas no mundo.

O conceito clássico de Paideia já indicava essa possibilidade, quer dizer, pressupunha a existência de um potencial de desenvolvimento em seres e sociedades humanas que adotassem princípios e procedimentos de uma educação integral dos sujeitos (JAEGER, 1986). Cidadania (direitos), democracia participativa (Ágora) e Paideia constituíam a tríade imaginada pelos atenienses, durante o período clássico, capaz de garantir-lhes o bem-estar. O efeito Paideia adviria de um trabalho interno, imanente às pessoas. A cidadania e a democracia contemplariam os elementos transcendentais a cada indivíduo, os quais constituiriam um ambiente favorável ao desenvolvimento integral das pessoas. Naquela época a sociedade ateniense, em alguma medida, ao pensar um projeto de desenvolvimento, conseguia escapar da falácia de optar pelo indivíduo ou pelo coletivo; ou ainda, de escolher entre determinação estrutural ou determinação da vontade humana na explicação do destino e da história. A democracia ateniense, em tese, tentou apoiar-se nessas dimensões polares, durou enquanto foi possível (STONE, 2005).

O Método Paideia (CAMPOS, 2000) procura meios para integrar essas dimensões polares da realidade: o mundo da vida e os sujeitos que intervêm sobre ele, ao mesmo tempo em que sofrem suas consequências. Para isso, sugere uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo. Com esse propósito, opera com alguns núcleos temáticos: alguns referentes ao mundo, outros ao sujeito.

Os núcleos temáticos referentes ao mundo guardam uma relação com os sujeitos que fazem política, trabalham e vivem nesse mundo. E vice-versa. Assim, a *finalidade* da ação humana é um dos núcleos temáticos centrais a serem analisados pelos sujeitos da ação. Com que *objetivos* se elabora dada política de saúde, ou se faz gestão de serviços públicos e ou se trabalha com pessoas portadoras de risco ou de enfermidades?

Um segundo núcleo temático se refere aos *meios* utilizados pelos sujeitos para conhecer e intervir em um dado contexto. Qual o modo utilizado pelos sujeitos para realizar alguma tarefa ou implementar algum projeto? No fundo, é uma pergunta sobre a capacidade de análise e de intervenção: com que meios e métodos atuam a direção de um hospital público, uma equipe ou uma comunidade?

Um terceiro seria o **objeto** dos quais os sujeitos se encarregam. Estariam assumindo responsabilidade sobre que elementos de uma dada situação? Ao realizar um estudo ou uma intervenção, as pessoas recortam pedaços da realidade, esses fragmentos revelam o compromisso desses sujeitos.

O quarto núcleo temático relativo ao mundo da vida é a análise do *resultado* das intervenções humanas: que produto tal ou qual organização, ou tal ou qual movimento, ou tal projeto estariam produzindo?

Conforme se observa, esses quatro núcleos temáticos constituem uma reutilização das categorias sugeridas por Marx para análise do processo de trabalho conforme aparece em “**O Capital**” (MARX, 1985).

Por sua vez, os núcleos temáticos relativos ao sujeito dizem respeito a sua existência no mundo da vida. Um núcleo temático central ao método é o de *objeto de investimento*: que afeto estariam os sujeitos da ação depositando no objeto ou no projeto sobre o qual agem, fazem política, gestão ou trabalham? Um segundo, que capacidade têm esses sujeitos da ação de estabelecer pontes com o interesse de outros sujeitos, mediante a *constituição de compromissos ou contratos*? Um terceiro núcleo temático referente aos sujeitos é a análise da *rede de poderes* envolvidos em cada situação ou contexto: que conflitos, que institucionalidade e de que modo se exerce o controle social entre os sujeitos envolvidos em um hospital público ou espaço comunitário? Outro seria referente aos recursos de saber ou de conhecimento, bem como dos *valores*, que os sujeitos envolvidos na ação têm disponibilidade; isto é, uma análise dos referenciais culturais e tecnológicos de que se valem os sujeitos em um contexto concreto. (quadro 1)

RELATIVOS AO MUNDO	RELATIVOS AO SUJEITO
Finalidade/OBJETIVO da ação humana	OBJETO de investimento
RESULTADO/produto da ação humana	Capacidade de estabelecer CONTRATOS e compromissos com OUTROS
Meios de INTERVENÇÃO sobre o mundo	Análise da rede de PODER em cada situação
OBJETO do qual se encarrega	Mecanismos de controle social
	Referência cultural e ética

### Quadro 1 – Núcleos Temáticos para Análise Paideia

Fonte: (Autoria Própria).

Realizar o percurso analítico acima sugerido não é uma tarefa simples. Ao contrário, depende de apoio externo e do estabelecimento de uma série de condições objetivas, entre elas a possibilidade de se organizarem espaços protegidos para a reflexão – rodas; depende ainda da substituição da violência como método para resolver conflitos por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas. O Método Paideia se propõe a contribuir para a democratização das instituições, mas, paradoxalmente, depende bastante de espaços democráticos da instituição.

### 9.2 Critérios para Análise Segundo o Método Paideia

O Método Paideia opera com a noção de que as mudanças são inevitáveis. Isso porque se filia à concepção de *dever*, decorrente da perenidade de tudo e de todos. Reconhece que as mudanças sociais resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, externos e internos aos sujeitos. Uma espécie de dialética multifatorial, em que não haveria apenas tese e antítese seguidas de uma inevitável e previsível síntese; mas, o cruzamento da influência de múltiplos fatores que,

ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores envolvidos nessa mistura dialética que é a vida.

Pois bem, o Método Paideia é um recurso para colocar um pouco de intencionalidade nesse caldeirão de mudanças contínuas.

Quais seriam as finalidades em nome das quais se justificaria essa busca de intencionalidade por parte dos sujeitos? Para uma concepção teleológica, em geral, as finalidades costumam ser os principais critérios utilizados para avaliar um acontecimento.

Já para a corrente pragmática, à qual se filiam o pensamento sistêmico e o cognitivo, tão em voga no século XXI, os resultados seriam os principais critérios para validar uma concepção ou uma metodologia de intervenção (NICOLA, 2005). Quais seriam os resultados em nome dos quais se justificaria a busca de intencionalidade na política, na gestão e no trabalho?

Com que critérios, então, poder-se-ia julgar se uma intervenção busca o tal de aperfeiçoamento ou desenvolvimento das pessoas e instituições? O que seria desenvolvimento ou aperfeiçoamento de pessoas e de instituições? O que seria desenvolvimento político ou social?

O conceito de desenvolvimento é moderno. Com o iluminismo, consolidou-se um forte sentimento de que o progresso social seria possível, ou como um processo cumulativo de pequenas mudanças – caracterizando uma perspectiva denominada de reformismo –, ou como rupturas abruptas de estruturas que emperrassem o referido progresso – em um modo revolucionário (BOBBIO, 2000). De qualquer modo, consolidou-se a ideia de que haveria possibilidade de aperfeiçoamento social, de evolução do mais simples ao mais complexo, do injusto ao justo, da ignorância à sabedoria e do pior para o melhor.

Vários pensadores considerados pós-modernos negam essa trajetória e recusam a noção de progresso, retornando, em distintas variações, ao conceito de eterno retorno elaborado pelo filósofo Friedrich Nietzsche e, em consequência, a uma reafirmação da existência de um grau importante de circularidade na história (HARVEY, 1993), (JAMESON, 1996).

Toda uma corrente de pensadores gregos, Heráclito entre eles, pensavam a vida como um movimento contínuo, em um permanente deslocar-se, chegando a forjar o conceito de “devir” (SCHULLER, 2001). Ao contrário do pensamento religioso oriental, que também descrevia a vida em fluxos, esses filósofos gregos anteviam a possibilidade do ser humano interferir nesse processo. O hinduísmo ou o taoísmo atribuíam um poder imenso ao destino, relegando um papel secundário na história a iniciativa humana (RUSSEL, 1972). Todavia, não aparece em Heráclito uma ligação orgânica entre esse perpétuo movimento de mudança e a ideia de que esse fluxo conduziria a uma evolução contínua, ou a um aperfeiçoamento contínuo das instituições ou das relações sociais. Essa noção de progresso, de fato, aparece muito forte entre os iluministas. Entre

os franceses enciclopedistas, em Kant e em Hegel particularmente. Havendo esse último filósofo elaborado uma síntese entre a concepção dialética de devir de Heráclito com a certeza iluminista de que, com o avanço do conhecimento, haveria um desenvolvimento da sociedade em espiral, com idas e retornos, mas, sempre, em sentido de um conhecimento absoluto, de um Estado perfeito e do fim da história (KOJÈVE; 2002). O comunismo antevisto como paraíso terrestre é um desdobramento dessa concepção. Quando todas as contradições econômicas fossem eliminadas, os seres humanos viveriam em harmonia, organizados em uma sociedade que garantiria para cada cidadão, graças ao desenvolvimento dos meios de produção e ao aperfeiçoamento da máquina política, bens e serviços na exata medida de suas necessidades.

Apesar de ser considerado um dos fundadores da modernidade, Freud identificava uma tendência à repetição no comportamento individual dos seres humanos, opondo-se a esse otimismo que supunha o desenvolvimento linear ou em espiral ascendente da vida em sociedade. Essa perspectiva aparece tanto quando ele reconhecia a presença de dificuldade, inerente à natureza humana, de convivência social, quanto quando analisava a estruturação da personalidade individual. Haveria um mal-estar inevitável produzido pelas renúncias que o viver em sociedade obrigava. As leis, as regras e costumes imporiam limites ao desejo e a impulsos agressivos individuais, sem o que a convivência caminharia rapidamente para a barbárie e para a mútua destruição entre as pessoas. No entanto, essas imposições provocariam mal-estar, sintomas e mesmo doenças entre as pessoas (FREUD, 1976). Esse conflito impediria tanto uma evolução linear da sociedade quanto alcançar-se algum dia uma organização social tão harmônica que eliminasse esse padrão estrutural de conflito. Essa contradição funcionaria como um dilema que se reporia sempre em qualquer modalidade de organização social.

Ao construir o conceito de “transferência”, um dos pilares de sustentação da teoria e da prática psicanalista, ele observou que seus pacientes tendiam a relacionar-se com ele reproduzindo o modo como haviam se relacionado com autoridades familiares em sua primeira infância. Eles faziam uma transferência para o psicanalista de conflitos e de afetos experimentados no início de sua vida e, muitos deles, relegados ao esquecimento profundo (FREUD, 1969). Deleuze e Guattari criticaram essa concepção baseada na compulsão à repetição, analisando que cada tentativa de repetição de uma situação passada fatalmente seria diferente da anterior, tendo em vista a diferença entre os contextos e entre as pessoas envolvidas (DELEUZE; GUATTARI, 1972). De qualquer modo, haveria que se reconhecer que, de fato, há uma tendência nas pessoas a pensarem e atuarem usando referências do passado. Se uma pessoa aprendeu a lidar com a autoridade paterna de certa maneira, ao se deparar com outras autoridades, o professor, o médico ou o psicanalista, observa-se, de fato, uma tendência a repetir o estilo de relação anterior. Ou de enfrentamento aberto, ou de simulação e de fuga dos embates, etc. Ainda que seja importante reconhecer, como constataram Deleuze e Guattari, que as situações nunca serão equivalentes, não há como deixar de constatar que há situações análogas indutoras de identificações e movimentos repetitivos do pensamento e da ação dos sujeitos.

Trazendo essa discussão para o campo da política, da gestão e da vida cotidiana, poder-se-ia também reconhecer certa circularidade no funcionamento social, ainda que nunca haja um retorno ao mesmo de antes. Essa recorrência, essa tendência à repetição, resultaria da concentração de poder em determinados grupos ou classe sociais, da força das estruturas e das instituições interferindo na visão de mundo e no agir prático dos sujeitos. A lei, a ordenação das forças da natureza e das forças produtivas, a cultura, os valores, os costumes e os hábitos atuam conformando o modo como pensam e vivem os habitantes de certo tempo e de certo território. O ser humano tende a introjetar essas características externas, seja da cultura, da racionalidade econômica ou de valores predominantes em uma época, transformando-as em elementos singulares de sua própria subjetividade. Por isso parece tão difícil realizar mudanças na organização social.

De qualquer modo, conforme postulavam os dialéticos gregos e seus herdeiros iluministas, o ser humano não é inerte. Ele interage com essas estruturas e com a natureza. O mito de Prometeu, o homem que roubou o fogo dos deuses, permitindo a criação da indústria e ampliando os recursos necessários à proteção e ao conforto dos humanos, representa essa potência, essa possibilidade, esse imaginário (BRUNEL, 1998).

Caberia, no entanto, dirigir uma pergunta a esse mito: o que levaria alguns a agir como Prometeu e outros não? Prometer e não prometer a si mesmo e aos outros a felicidade? Prometeu ludibriou ordens dos poderosos e, desrespeitando o estabelecido pela tradição, conseguiu o fogo para ser compartilhado com os semelhantes, um comportamento de desafio à autoridade, de habilidade calculada para lograr o seu intento e de solidariedade em repartir o bem adquirido com a humanidade. E ele fez tudo isso com a certeza de que haveria consequências, um preço a ser pago em virtude de sua preocupação com o coletivo e com a injustiça na distribuição de recursos importantes para a vida. Existiriam *Prometeus* na vida real?

Essa pergunta dirigida ao mito, no fundo, ressoa em outra interrogação: como podem os sujeitos interferir na história? Com que recursos? E em que sentido: egocêntrico ou com algum grau de solidariedade? Os critérios; voltamos a eles. Como julgar a política, a gestão, o trabalho e as ações cotidianas?

O Método Paideia busca apoiar e, ao mesmo tempo, avaliar o desenvolvimento de pessoas e de instituições segundo três critérios fundamentais:

- 1) Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e de justiça social. Realçar a importância da defesa da vida como um critério de julgamento para as ações humanas. Introduzir com ênfase o tema da eficácia, cada vez mais deslocado pelo critério da eficiência pela dinâmica do mercado. Na sociedade contemporânea predomina a busca incessante por maior produtividade, objetivando aumentar a capacidade competitiva dos agentes (HARVEY, 1993) e não necessariamente os valores de uso produzidos. Usar o fator humano como

analisador e balizador do governo, da economia e da política. Fundir o conceito de finalidade com o de resultado, finalismo e pragmatismo mesclados: que benefícios cada ação traz para a coletividade? Que setores serão beneficiados?

O Método Paideia propõe trazer para o centro da discussão a repercussão de cada ação sobre a vida humana. Assim, uma economia que andasse bem, mas o povo andasse mal, seria desaprovado por esse critério Paideia, que seria a capacidade de produzir bem-estar e justiça social. Um hospital estatal ou privado deveria, em primeiro lugar, ser avaliado por sua capacidade de produzir saúde; em segundo, considerar-se-ia sua eficiência, isto é, a maior ou menor capacidade de utilizar meios com racionalidade e economia.

Observa-se nos últimos tempos uma degradação da política e da atividade econômica. O exercício da política tem colocado a luta pelo poder à frente do compromisso de governar a pólis de maneira equânime e justa. Predomina um realismo político que considera ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder, tomadas como um fim em si mesmo. O pensamento estratégico teria essa base, o jogo pelo poder. Com isso, a proteção social, a distribuição de renda, a segurança pública, o modelo de gestão do campo da saúde ou educação, tudo é submetido à racionalidade da luta pelo poder. O interesse particular de grupos ou de pessoas em concentrar poder tem predominado sobre o interesse coletivo de se ter governos com capacidade para assegurar bem-estar.

O Método Paideia não preconiza, ou sequer imagina possível, a organização social sem a disputa pelo poder. Ao contrário, essa disputa é essencial à democracia. O problema tem sido o deslocamento de ênfase. O poder seria um meio para o bom governo da pólis, e não um fim em si mesmo. Ainda que para alguns grupos ou pessoas – políticos profissionais – participar do poder seja também um fim em si mesmo – afinal, como ironizava Henfil, “eles precisam sobreviver” –, a sociedade, por outro lado, também precisa construir contrapoderes que limitem a agudeza dessas disputas. Desenvolver meios políticos – fora do circuito profissional da política – que obriguem os poderosos a cumprirem também com sua responsabilidade com os outros, no caso, com a maioria.

Essa diretriz indica um compromisso do Método Paideia com a equidade; quer dizer, com a mudança e com a reforma de leis, estruturas e posturas pessoais que reforçam ou sustentam qualquer forma de injustiça.

- 2) A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições. Isso implica em assegurar ao indivíduo e à coletividade a possibilidade de expressão dos desejos, interesses e valores particulares ou singulares com a máxima liberdade. Bem como criar espaços onde essas diferenças, além de virem à tona, possam ser objetos de compromissos e de contratos entre os atores sociais envolvidos.

Para o método, autonomia não significa independência ou descompromisso absoluto. Ao contrário, a ampliação da autonomia depende da capacidade do sujeito reconhecer e lidar com a rede de dependência na qual estão todos inevitavelmente mergulhados.

Essa diretriz indica um compromisso do método com a democracia; ou melhor, com a democratização da vida em sociedade e com uma ampla reforma dos modos de fazer política e de fazer gestão. Acena-se com a possibilidade de limitar o poder das autoridades – políticas, econômicas, disciplinares e outras – com contrapoderes oriundos da ampliação da capacidade de analisar e de intervir da maioria das pessoas.

- 3) Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação. Talvez fosse mais realista afirmar: com o menor uso de violência possível, já que há formas e formas de convencimento, e, uma delas, a pressão social, sempre inclui alguma forma de constrangimento contra poderosos relutantes em dividir riqueza e poder, mas também contra explorados constrangidos a desistir de lutar pela mudança. Para muitos, isso poderia ser considerada uma forma de violência; talvez?

De qualquer modo, essa diretriz enfatiza a necessidade de realizar um combate sistemático à violência e às situações e condições que facilitem ou possibilitem o uso da violência entre pessoas.

### 9.3 O Campo da Saúde e o Método Paideia

O trabalho em saúde, seja clínico ou preventivo, objetiva alterar uma situação considerada inadequada; aposta em um devir, em um processo de mudança. Implica, portanto, a intervenção ativa de sujeitos que irão mobilizar recursos para alterar a situação negativa.

A Medicina e a Saúde Pública consideram as comunidades e grupos populacionais como objetos a serem controlados ou manipulados em função do saber clínico ou epidemiológico; isto é, operam com um objeto reduzido: a doença em sua expressão individual ou populacional. Como se não houvesse pessoas envolvidas. O método Paideia busca ampliar essa concepção do objeto de conhecimento e de intervenção do campo da saúde: toma as doenças e problemas de saúde em sua expressão individual e coletiva, mas os tornam encarnados em pessoas concretas. O método Paideia não descarta a importância da doença, mas incorpora também a noção de problemas de saúde (situações que aumentam o risco e a vulnerabilidade das pessoas), além de ressaltar que não existe doença, risco ou vulnerabilidade separado de pessoas concretas. Nesse sentido, toma como objeto também a capacidade de intervenção das organizações e dos sujeitos sobre esses problemas.

O método sugere, portanto, uma ampliação do objeto da clínica e da saúde coletiva; não uma negação ou substituição radical do objeto tradicional dessas disciplinas, conforme alguns autores

chegaram a recomendar. Ao criticar a medicina tradicional, alguns autores sugeriram o abandono do conceito de doença, que deveria ser substituído pelo de saúde. Para o método, o objeto é aquilo do que se encarrega para analisar e intervir; no caso, o objeto do qual se encarrega o setor Saúde é o risco, a vulnerabilidade e a própria doença encarnadas em indivíduos e grupos concretos de pessoas.

Para o Método Paideia a produção de saúde seria a finalidade ou o objetivo do trabalho, dos sistemas e das políticas da área sanitária. O objetivo ampliado das políticas e dos sistemas seria a produção de saúde, mediante intervenções para prevenir doenças, promover situações e ambientes saudáveis, bem como medidas clínicas para recuperar e reabilitar pessoas enfermas.

Além disso, o método incorpora também como objetivo para a clínica e para a saúde coletiva, a busca permanente de autonomia dos sujeitos usuários dos serviços ofertados. E este é um efeito tipicamente Paideia, a ampliação da autonomia de uma pessoa depende sempre da ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesmo.

Para o Método Paideia, o objetivo do trabalho em saúde seria, pois, a própria produção de saúde, ou seja, defender a vida, mediante políticas de proteção social, mas também mediante uma ampliação da compreensão e da capacidade das pessoas agirem de modo comunicativo e solidário. Com esse fim, é importante construir uma capacidade de essas pessoas identificarem e trabalharem temas que sejam objetos de investimentos para elas mesmas; ou melhor, atendam parcelas de seu desejo e interesse e tenham significado e relevância para a sua própria vida e para os pedaços de mundo envolvidos nesse contexto.

Juntamente com esse propósito é fundamental a construção de novas organizações e de uma nova sociabilidade que estimule e facilite a modificação das relações entre os governos, gestores, trabalhadores de saúde e desses com os usuários.

A medicina e saúde pública tradicionais também operam com uma redução em relação aos meios de intervenção. Em saúde há meios de intervenção voltados para o diagnóstico da situação individual ou coletiva, e outros dirigidos ao momento da terapêutica ou da intervenção propriamente dita sobre o contexto considerado inadequado. No momento do diagnóstico há uma redução quando se pratica uma objetivação positivista, tanto na análise epidemiológica (dados de mortalidade, morbidade, avaliação de risco) quanto na clínica (dados do exame físico ou evidências resultantes de exames complementares). O Método Paideia sugere uma síntese entre o saber clínico e epidemiológico objetivos, e a história do sujeito ou do grupo populacional, o que inclui analisar a capacidade de intervenção dessas pessoas sobre a produção de saúde.

Essa síntese entre evidências objetivas e uma narrativa subjetiva permitiria a composição de um texto mais próximo às características da situação indesejada e sobre como ela vem sendo produzida. Nesse texto são utilizadas informação epidemiológica, clínica e assistencial para

descrever o problema. Para identificar fatores subjetivos, sociais e culturais envolvidos com a produção do problema sanitário, vale-se de representação dos sujeitos envolvidos, valorizando sua experiência e sua vivência. Os dados para composição desse texto a ser analisado e interpretado podem advir da observação empírica por parte da equipe; de sua capacidade de escuta do discurso dos usuários; do levantamento de conhecimentos acumulados sobre o problema; de protocolos, programas, ou de relatos de outras experiências; dados sobre recursos e situação sanitária.

A interpretação do texto é necessária para orientar a tomada de decisões e definição de tarefas, tanto para os profissionais quanto para os usuários ou rede de apoio. A interpretação depende da capacidade de se elaborar modelo explicativo para a produção do problema e construir-se modos de interferir no problema de forma a atenuá-lo ou a erradicá-lo. As diretrizes políticas e os valores vigentes em cada situação devem ser incorporados nesse diagnóstico.

No momento terapêutico ou da ação sobre a situação de risco, também se pratica uma redução de perspectiva na clínica e na saúde pública tradicionais. Em geral, opera-se com a vigilância epidemiológica e sanitária, e com fármacos ou cirurgias na clínica. Para o Método Paideia seria necessária uma ampliação, com certeza, realizarem-se esses procedimentos quando necessários, mas, além disso, incorporar no projeto terapêutico ou de intervenção ações objetivando reorganizar a atenção à saúde e a estruturação social, bem como procedimentos para a ampliação do saber e capacidade de cuidado das pessoas, famílias e da comunidade.

Para que essa linha de trabalho seja possível é fundamental adotar-se a gestão compartilhada do projeto terapêutico individual ou do projeto de saúde pública. A gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva altera a postura e o papel da equipe de saúde e dos serviços, que deveriam passar a funcionar como apoio. A construção de objetos de investimento, isto é, construir sentido e significado para o trabalho sanitário conjunto é um dos caminhos para ampliação das possibilidades de intervenção da equipe de saúde. Até porque a constituição de objetos de investimento nunca ocorre por ação unilateral dos profissionais, depende sempre do concurso ativo dos usuários.

A gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva é um meio para a constituição de vontade de mudança, bem como de um bloco de sujeitos comprometidos, em distintos graus, com projeto terapêutico individual ou sanitário, conforme for o caso em tela. O método procura identificar os sujeitos e organizações potencialmente implicadas com o projeto: usuários interessados, equipes profissionais, rede social de apoio, bem como grupos com interesses contrariados e possíveis opositores ao projeto.

A criação de Rodas – espaços coletivos – entre sujeitos implicados com o projeto é um passo metodológico importante, dessa interação é que deveriam surgir os problemas prioritários a serem enfrentados: alguns ofertados pela equipe profissional e outros demandados pelos próprios usuários.

As ofertas dos profissionais se baseiam no conhecimento clínico e epidemiológico, bem como nos núcleos temáticos acima descritos. A gestão compartilhada da clínica ou do projeto sanitário depende da construção de contrato entre profissionais, usuários e outras pessoas envolvidas com o problema ou com organizações da rede de apoio. É óbvio que os papéis e responsabilidades dos vários sujeitos envolvidos são distintas e devem ficar explicitadas. Dessa interpretação devem surgir tarefas para os diferentes atores sociais: intervenções clínicas, epidemiológicas, pedagógicas, diretrizes para reorganizar atenção à saúde e para alterar ambiente ou organização social. A definição dos sujeitos responsáveis e dos implicados em cada tarefa depende de seus papéis profissionais e do comprometimento [ou envolvimento] de cada um com a situação.

Para o funcionamento reflexivo é importante realizar-se, de modo sistemático, a análise da sustentabilidade e dos resultados dessas intervenções. Essa reflexão sobre a prática é um excelente instrumento para diminuir as resistências estruturais de cada sujeito, bem como é também importante para a redefinição do diagnóstico, da interpretação e da rede de tarefas anteriormente definidas.

Para encerrar este ensaio, valeria repetir: dificilmente haverá projeto compartilhado, alguma forma de cogestão, sem a construção de objetos de investimento que motivem usuários, equipes e redes de apoios a saírem de si mesmos sem abandonarem-se.

### Referências

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Organização de Michelangelo Bovero e tradução de Daniela B. Versiani. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**; tradução de Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves. São Paulo: Hucitec, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O antiédipo**: capitalismo e esquizofrenia; tradução de Georges Lamazière. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

BRUNEL, Pierre (Org.). **De mitos literários**. Tradução de Carlos Sussekind. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

FREUD, Sigmund (1933-). Por que a guerra (Einstein e Freud) in: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. 22, p. 237-245. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

FREUD, Sigmund (1915). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. 12, p. 207-222. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1969.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

JAMESON, Frederic. **Pós-modernismo**: a lógica cultural do capitalismo tardio. Tradução de Maria Elisa Cevasco. São Paulo: Ática, 1996.

KOJÈVE, Alexandre. **Introdução à leitura de Hegel**. Tradução de Estela de Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2002.

MARX, Karl (1818-1883). **O capital**: crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. 2. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

NICOLA, Ubaldo. **Antologia ilustrada de filosofia**: das origens à idade moderna. Tradução de Maria M. de Luca. São Paulo: Editora Globo, 2005.

RUSSELL, Bertrand. **A history of western philosophy**. New York: Simon & Schuster, 1972.

SCHULER, Donaldo. **Heráclito e seu (dis)curso**. Porto Alegre: Editora L&PM, 2001.

STONE, I. F. **O julgamento de Sócrates**. Tradução de Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.



10 Grupos **Balint Paideia:**  
Ferramenta para o **Apoio**  
**Gerencial**, Contribuição para  
a **Clínica Ampliada**

Gustavo Tenório Cunha

Deivisson Vianna Dantas Santos



### Resumo:

O Apoio Gerencial aos trabalhadores de saúde, principalmente à atividade clínica, é um desafio de grande complexidade. Michaël Balint desenvolveu os Grupos Balint tendo a qualificação da clínica, como um dos seus objetivos. Os grupos Balint buscam oferecer um espaço protegido para que os profissionais de saúde possam discutir os casos mais difíceis, obtendo apoio e críticas dos colegas, sob uma supervisão acolhedora. A premissa de Balint é que boa parte da atividade clínica não depende apenas de um saber cognitivo (ou seja, não sensível a oferta de cursos, técnicas e protocolos clínicos), mas depende de uma capacidade pessoal de lidar com afetos (transferências), muitos deles inconscientes. Neste texto apresentamos o resultado do primeiro trabalho (de uma série que ainda seguimos investigando) de adaptação do Grupo Balint para o SUS, dentro da proposta do Apoio Gerencial do Método Paideia. Desta forma enriquecemos os grupos com outros profissionais da Atenção Básica, procuramos incluir conceitos do Método Paideia de Cogestão (Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular etc.), aumentando a amplitude de temas (não somente casos individuais, mas também coletivos e relativos à equipe e à gestão), as ofertas teóricas e o número de participantes. O resultado nos parece positivo e os Grupos Balint-Paideia podem contribuir com a qualificação da gestão da clínica ampliada no SUS, além de serem, como foram para Balint, um importante instrumento de pesquisa sobre a gestão e a clínica na Atenção Básica.

### Palavras-chave:

Clínica ampliada. Cogestão. Balint. Grupos Balint-Paideia.

### Introdução

A prática da clínica ampliada requer uma 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 adscrição 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.

### 10.1 Uma Contribuição para a Gestão Da Clínica: Grupo; Balint Paideia

A partir da contribuição de BALINT buscamos construir uma variação atualizada do seu método grupal que chamamos BALINT-PAIDEIA. É importante aqui fazer um pequeno parêntese para destacar que, para o Método Paideia 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 Paideia para a 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 – PAIDEIA” 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 ideias 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-PAIDEIA 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 autoconhecimento. O grupo BALINT-PAIDEIA 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 clínica é inseparável da gestão (embora muitas vezes nos interesse distingui-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-PAIDEIA, assim como para os desafios da cogestão. 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 à 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/tentação<sup>1</sup> excludente e totalizante de muitos destes saberes (por exemplo um diagnóstico qualquer diante de 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 tristeza<sup>2</sup>) 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 deem conta de ao menos facilitar o trabalhos dos profissionais que fazem clínica.

**FORÇAS  
"INTERNAS"**

BIOLÓGICO  
(DOENÇAS,  
CARACTERÍSTICAS)

INTERESSES E DESEJOS

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 cogestão, 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 suficientes. Neste contexto, gestores e trabalhadores, ao iniciarem o investimento na cogestão e na clínica ampliada precisam reconhecer, em certa

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> A fé na onipotência resolutive 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.

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 na 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 ao se depararem com as propostas de cogestão, é de que a sua função esvazia-se. De fato muitas vezes é difícil para a autoimagem de um gestor conseguir colocar-se a questão: qual o papel da coordenação em uma cogestão? 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, 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 cogestão 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 coprodução (CAMPOS, 2000) e da complexidade que tanto utilizamos. Portanto, as transformações em direção à cogestão 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-PAIDEIA podem contribuir neste processo, produzindo certamente vários “analisadores” da gestão e da atenção na rede assistencial.

### **10.2 Proposta de Arranjo de Trabalho**

#### **10.2.1 Composição do Grupo Balint-Paideia**

O grupo deverá ser formado por médicos e enfermeiros porque esta é a composição mínima de profissionais universitários da ESF<sup>3</sup>. Não deverá ultrapassar o número de vinte pessoas, totalizando no máximo dez equipes. Sendo que nada impede que os grupos sejam menores,

<sup>3</sup> 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.

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 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 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.

### 10.2.2 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.

### 10.2.3 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 cogestão 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.

### 10.2.4 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-PAIDEIA 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 cogestão.

### 10.2.5 Duração das Atividades

Recomenda-se reservar um período para as atividades, sendo de rotina duas 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.

### 10.2.6 Apresentação dos Casos

É importante pactuar um roteiro mínimo para ser seguido na apresentação dos casos. No ANEXO A 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 Paideia são a principal referência, no entanto, também apresentamos no ANEXO B 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.

### 10.2.7 Ferramentas de Educação a 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.cuec.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.

### 10.2.8 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 relacionados principalmente à cogestão e Equipe de Referência/Apoio Matricial (CAMPOS, 2000), 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 Google<sup>4</sup>, 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, 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.

<sup>4</sup> Endereço no google grupos do grupo-balint-paideia: <http://groups.google.com.br/group/grupo-balint-paideia?lnk=gcmih>

### 10.2.9 Reavaliação

Assim como na proposta de cogestão, nos grupos BALINT-PAIDEIA 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.

### 10.3 Propostas e Cuidados Metodológicos, uma Aplicação do Método

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-Paideia busca-se reconhecer as contribuições do método Balint e enriquecê-las com o Método Paideia, 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-PAIDEIA 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-PAIDEIA 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-PAIDEIA 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.
- d) A estas três podemos acrescentar mais duas nos grupos BALINT-PAIDEIA:
- e) 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);
- f) e 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 “polo 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 Paideia, 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 PAIDEIA, 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 contratransferência 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 p. 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 a 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). E aqui é possível frisar que este desafio não é menos importante para qualquer gestor na relação cotidiana com equipes de trabalhadores. Em alguma medida os Grupos Balint Paideia são também um poderoso espaço de aprendizado para os gestores que se disponham a tal atividade, embora talvez não seja prudente, numa primeira experiência, fazer grupos com as próprias equipes com quem trabalha rotineiramente.

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 frequente 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 autocontrole”, já que é muito tentadora a possibilidade de **“mostrar-se servicial, 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 aborrecem e se retiram, enquanto que, por outro lado se cria um cordão de fiéis admiradores, que “idealizarão o chefe, e o acompanharão sempre na posição de fiéis e leais alunos.”
- 3) Outro tipo de problema frequente 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 subgrupos, mesmo que muitas vezes provisórios, com afinidades e composições em diferentes momentos.

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-PAIDEIA 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 “pessoais” dos diante destes desafios.

É importante lembrar que o Método Paideia 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: a função de apoiador. Desta forma, nos grupos BALINT-PAIDEIA, uma parte do tempo é dedicada a um debate mais teórico. Supõe-se que a oferta teórica possa aumentar a capacidade de análise e intervenção do grupo, inclusive para que os profissionais possam conhecer os conceitos de transferência e contratransferência, 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).

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 polo 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 consequências 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-PAIDEIA 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 às 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 p. 85), os grupos BALINT podem ser montados em qualquer município que se disponha a enfrentar os desafios de qualificação da gestão e da clínica.

**Referências**

- ARMONY, N. **Borderline**: uma outra normalidade. Rio de Janeiro Ed. Revinter, 1998.
- BALINT, M. **O médico, o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o paciente**. São Paulo: Manole, 1976.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Cinco lições sobre a transferência**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BARROS, R. D. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Tese de Doutorado PUC-SP, 1994.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.
- BOWER, P. E. et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. **Qual. Saf. Health Care**, Londres, v. 12, p. 273-279, 2003.
- 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, p.29-87, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p.197-228, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, R. O. A. Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, p. 122-152, 2003
- CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Editora Fiocruz, v. 170, p. 837-868, 2006.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005

CUNHA, G. T. **Grupo; Balint Paideia**: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na atenção básica. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 2009

DONZELOT, J. A. **Polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

KJELDMAND, D.; HOLMSTRÖM, I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. **Annals Of Family Medicine**, v. 6, n. 2 mar./ apr. 2008.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MISSENERD, A. **A Experiência Balint**: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CAMPOS, R. Onocko. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**, 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

PINTO, C.A.G; COELHO, I. B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de saúde da família In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção primária**: saúde compartilhada e ampliada. São Paulo. Hucitec, 2008. 323 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1. ed. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

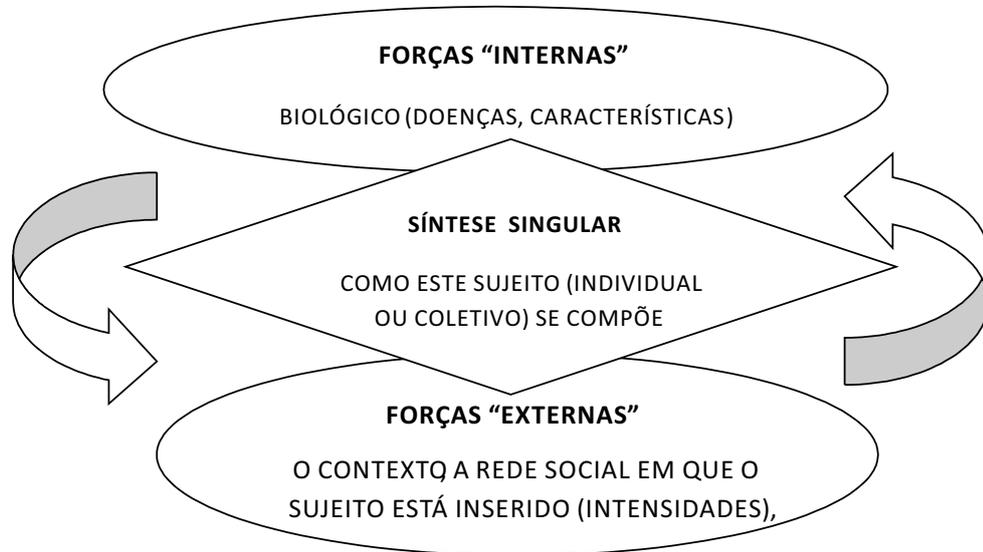
TESSER, C. D.; NORMAN, A. H; JUSTINO, A. L. Medicalização social e prevenção quaternária: conceito e prática na atenção primária em saúde. In: TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 151 p.

TORPPA M. A. et al. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. **Patient Educ. Couns. Limerick**, Irlanda, v. 72, n. 1, p. 5-11, jul. 2008.

### **Anexo A – 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 COPRODUÇÃO.
- 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 / Contratransferência.
- 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 (coordenação do caso) / quem organiza atividades definidas.
- 14) Quais formas de contato com os serviços parceiros são utilizadas para a gestão compartilhada do caso.

## MAPA COPRODUÇÃO DE SUJEITO



### Síntese singular:

Como este sujeito (individual ou coletivo) se compõe **diferentemente em cada momento. Quais forças se destacam?**

## Anexo B – 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 ao 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 diferentes atores lidam com o tema?
- 8) Quais as possíveis causas destas diferenças 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 ao tema.

### FORÇAS "EXTERNAS"

O contexto, a rede social em que o sujeito está inserido (intensidades), instituições (família, cultura, grupos, padrões de relação) etc

# Documentos e Relatos





# 11 A Experimentação da Clínica Ampliada na **Atenção Básica de Saúde**: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em **Cotidianos** Complexos

---

Os nomes aqui apresentados foram trocados para preservar o sigilo dos envolvidos

Bruno Mariani de Souza Azevedo



### Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de interferência no SUS rumo a mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde. Criada em 2003, em um contexto de ampliação e ressignificação de diferentes experiências localizadas no SUS, estruturou-se a partir de três princípios: a inseparabilidade entre gestão e atenção, a transversalidade e o protagonismo dos sujeitos. Tais princípios se fazem operantes através do método da tríplice inclusão: a inclusão dos sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores), a inclusão dos analisadores sociais (conflitos e perturbações oriundas da inclusão de diferentes sujeitos e subjetividades) e a inclusão dos movimentos sociais (coletivos organizados de produção da vida). Além de princípios e método a PNH afirma diretrizes e propõe dispositivos e ferramentas que viabilizam as mudanças propugnadas.

Neste espaço, focaremos apenas nas diretrizes e dispositivos utilizados no decorrer da experimentação que será objeto de apresentação e discussão.

Nosso cenário é uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Sumaré, tendo como foco as experiências de um médico, clínico geral, cuja inserção detalhar-se-á mais a frente.

Aqui, os princípios da PNH são tomados como orientadores éticos desta experiência clínica. A transversalidade é buscada através do aumento do grau de comunicação intraequipe e dessa com os usuários, e através da desterritorialização, do deslocamento, do médico e de seu lugar de saber e poder, tradicionalmente colocado. A indissociabilidade entre clínica e gestão é constantemente verificada na interferência da prática médica com a gestão e vice-versa, o que se torna ainda mais evidente pela assunção de posturas políticas, participativas e cidadãs. Sempre reconhecendo o saber do outro e buscando produzir a autonomia de todos os envolvidos.

Quanto às diretrizes, veremos a Clínica Ampliada como produtora de vínculos terapêuticos, de relações que afetam e se deixam afetar. E, discutindo uma clínica ampliada intraequipe, tatearemos uma cogestão como produtora de autonomia, responsabilização, cuidado, e empoderadora do trabalhador, valorizando-o e o seu trabalho.

Observaremos vários dispositivos operando nessas relações entre trabalhadores, gestora e usuários. Dentre os mais citados estão o Colegiado Gestor/Reunião Geral de Equipe operando como um espaço de cogestão, um espaço que permite o falar e o escutar de forma qualificada para dentro da própria equipe. Na construção destas relações também verificamos a importância da Equipe de Referência, o Apoio Matricial e a construção de Projetos Terapêuticos para operar uma clínica aberta, compartilhada e cogerida de forma transdisciplinar.

Para fazer essa discussão faz-se necessário um breve relato do contexto em que a experiência se insere, seguido de uma apresentação da metodologia para a composição deste texto, passando-se, posteriormente, ao relato de casos que auxiliem na reflexão.

### 11.1 Contexto

Sumaré é um município integrante da Região Metropolitana de Campinas, no interior de São Paulo. Na organização administrativa estadual da saúde compõe o Colegiado Regional Oeste do Departamento de Saúde VII. Com população estimada, para 2009, em 241.000 habitantes, segundo (IBGE, 2010), é reconhecida na região pela alta densidade populacional, índices de criminalidade e por, em 2007, ter sido uma das cidades do estado de São Paulo com mais casos de dengue.

Nos últimos quatro anos teve um grande investimento na Atenção Básica, passando de uma cobertura de Saúde da Família de 4,7%, em 2005, para atuais 21,8%. Enquanto isso a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde passou de 4,7% para 36,1%. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2010.

Neste mesmo período é instaurado um sistema de avaliação individual e de equipe cujo resultado impacta em bonificação salarial. Esta avaliação, de realização quadrimestral, além de pontuar produtividade individual (de consultas individuais, grupos e visitas domiciliares), pontua aspectos gerenciais como a manutenção de conselhos locais de saúde, reuniões de equipes de referência, reuniões gerais de equipe, realização de projetos terapêuticos singulares, aspectos da organização interna da unidade, questões da saúde coletiva, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto e assistência farmacêutica. Essa base legal tem garantido que, a despeito das mudanças no primeiro escalão da Secretaria de Saúde, esses aspectos da gestão local se mantenham.

Durante a expansão da cobertura da Atenção Básica optou-se por manter a adscrição recomendada das equipes de saúde da família. Os moradores dos bairros não adscritos, não cobertos pela Estratégia de Saúde da Família, seriam referidos a equipes de apoio (médico clínico geral, pediatra, ginecologista, às vezes com enfermeiro e auxiliar de enfermagem) das unidades básicas de saúde.

A experiência que se relata deu-se em uma Unidade Básica de Saúde que conta com uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de apoio. A inserção do clínico apoiado e cujos relatos são analisados ocorreu na equipe de apoio, com uma carga horária de 20 horas por semana, mediante um contrato de Regime de Pagamento Autônomo. Nesta unidade, enfermeira, pediatras e ginecologistas e três auxiliares de enfermagem dividiam-se entre as duas equipes acima referidas. A equipe de Saúde da Família contava com seu generalista e cinco agentes comunitários de saúde. A região atendida margeia a Rodovia Anhanguera, rodovia estadual de grande fluxo de carros e caminhões, fica afastada do centro da cidade, mas é relativamente autônoma em relação ao elenco de comércios e serviços disponíveis. Fica em uma região sanitária de aproximadamente 80.000 habitantes e, na área em que atua, a unidade atende a uma população de baixo nível socioeconômico.

No início da experimentação clínica aqui relatada pactuou-se com a gestora uma agenda com três atendimentos para cada hora. Ao longo do dia alguns horários de consultas eram reservados

para o atendimento de retornos, para a checagem de exames e renovação de prescrições médicas e para encaixes do dia.

### 11.2 Metodologia

Para redigir este relato lança-se mão de diários de campo escritos pelo médico apoiado e pelo consultor à época da experiência. Os diários de campo remontam a práticas da Antropologia Clássica que os utilizava como forma de coleta de dados em suas pesquisas. Posteriormente, René Lourau fará uma análise da técnica a partir dos diários de Malinowski, pensando o seu uso como desvelador das implicações do autor e dos não ditos relacionados à pesquisa, os chamados fora-texto. A despeito das várias discussões de seu uso na pesquisa, aqui interessa-nos saber que o diário de campo pode ser usado tanto no desvelamento das implicações do autor, quanto como técnica de formação para a escrita, ou como instrumento de intervenção nas instituições. Aqui também cabe ressaltar que o diário pode ser uma potente ferramenta para o acompanhamento de processos na/da vida real enfatizando as linhas de forças (relações de poder e vetores de produção de subjetividade) que neles se fazem presente.

### 11.3 Discussão

Importante assinalar, inicialmente, que durante a experimentação em análise, a enfermeira das duas equipes, além das funções de enfermagem, também exerce o papel de gerente da unidade. Apesar de claramente sobrecarregada, ela pratica a gerência de forma democrática e participativa. Sua abertura sempre facilitou a horizontalização das relações e a conversa franca dentro da equipe para a resolução dos conflitos no dia a dia ou nas reuniões.

Uma postura de horizontalização por parte do médico também foi essencial para facilitar a conversa e as pactuações com o restante da equipe. A dissolvência do suposto poder médico para dentro da equipe auxiliou na condução e discussão de casos, como veremos adiante.

A permeabilidade para conversas mostrou-se essencial para a equipe de apoio diante da carência de certos dispositivos de gestão e de atenção. Foi fazendo falta, para o exercício de uma clínica compartilhada e cogerida, a presença de agentes comunitários de saúde ou a existência de reuniões de equipe de referência e os espaços que permitissem oportunidades de construção coletiva de projetos terapêuticos. Sem estes dispositivos, os diálogos ocorridos no corredor mostraram-se indispensáveis.

Teixeira (2003), ao nos falar sobre o acolhimento, situa-o como uma rede de conversações, tomando-o mais como postura do que como um setor do serviço de saúde. Assim sendo, acolhe-se o usuário com sua demanda, seja na recepção, seja dentro do consultório; acolhe-se um trabalhador ao outro, seja em suas demandas de discussões de caso, seja em suas necessidades de apoio diante das dificuldades do cotidiano.

Como tecnologia de produção de relação, a conversação também é uma tecnologia de criação de vínculos e afetos. Para isso, considera-se importante certa disposição em que se reconhece “o outro como um legítimo outro”, “cada um como insuficiente” e afirma-se que “o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes”.

Diante disso, aqui entenderemos essas disposições como essenciais à clínica, pois se percebe que é armado delas que se dá a atuação no serviço. Uma clínica que já se pretende, de início, vincular, produzir afeto e deixar-se afetar, conversar.

### 11.3.1 A Conversa Como Dispositivo Clínico e de Adesão ao Tratamento

A disposição para conversar, de imediato, cativa a terceira idade. A possibilidade de ter um paciente a cada 20 minutos, em geral, permitia que pelo menos 10 minutos da consulta fossem dedicados totalmente a se deixar falar. Em geral, era preciso incentivar para que isso ocorresse. O mais comum era que os próprios usuários se sentassem à mesa do consultório e rapidamente desfiassem um rosário de demandas por medicamentos e exames, muitas vezes sem que as apresentações fossem feitas. Era preciso um: “*só um minuto Dona Joana, primeiramente, meu nome é André, como a senhora está?*” Muitas vezes isso bastava para desarmar usuários que já vinham preparados para profissionais que mal escutavam seus nomes.

Nesse preparo a “não escuta”, muitos suprimem suas próprias queixas, não falando o que sentem, enunciando um diagnóstico pronto e, às vezes, uma conduta também. “*É uma sinusite que me atacou doutor*”, “*Só vim pedir os exames, sabe, pra checar tudo*”, “*Vim renovar a receita do captopril*”, “*Eu queria uma endoscopia*”, “*To sem meu diazepam!*”. Então era necessária a intervenção: “*Ótimo Sr. João, podemos ver isso depois? Agora podemos conversar primeiro daquilo que o senhor está sentindo?*”

A expectativa pela conduta também se sobrepõe à conversa. Após desfiar algumas queixas o usuário encerra perguntando “*e aí, tem cura?*”, “*é grave?*” ou qualquer coisa assim. Neste momento a pactuação mostra-se necessária, “*primeiro vamos conversar um pouco, depois a gente vê o que faz, pode ser?*”

Poder falar teve uma dimensão terapêutica e produtora para estes usuários. Era a produção de um desvio da doença para a vida. Sim, o usuário era mais do que sua hipertensão, seu colesterol alto, seu etilismo, sua insônia ou sua depressão. A produção de autonomia dava-se ao se entenderem um ao outro, ao se explicar em linguagem clara e acessível os aspectos das condições apresentadas, ao se pactuarem condutas. “*Ah doutor! Não dá para ficar sem o churrasco e a cervejinha de domingo!*” “*Tudo bem Maria, mas vamos combinar uma redução da cerveja e que vai tirar a gordura da carne antes de comer?*” “*Até a gordurinha da picanha?*” “*É! Aí não dá So... senão não tem regime nenhum, não é?*” Conjuntamente descobriam-se formas para lidar com a insônia além do benzodiazepínico, para lidar com a dor além do diclofenaco.

Singular foi o caso da Dona Fátima. Senhora simpática, maltratada pela vida, chega ao consultório acuada, acompanhada pela filha que já apresentava evidentes sinais de cansaço e impaciência. A usuária tinha intensas e dolorosas experiências religiosas em torno de delírios visuais e auditivos de um transtorno esquizóide não tratado e não diagnosticado anteriormente. Via pessoas e espíritos fazendo trabalhos de macumba contra ela, sons atormentavam-lhe a noite adentro. Conforme o transtorno se agravava suas interações sociais se tornavam cada vez mais débeis, a sua reclusão cada vez maior e a família cada vez mais negava a situação julgando-a como uma grande bobagem e aumentando a intolerância para com o isolamento social, ocasional agressividade, gemidos e gritos noturnos da usuária em questão.

Como lidar com tal caso na Atenção Básica? A sensação de incapacidade levou ao encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade. Neste momento o fracasso desta medida já era esperado. A usuária não se reconhecia doente, sua experiência era religiosa e não aceitava ser considerada “louca”. Não houve adesão à proposta. Meses depois ela é convocada para um retorno, quando se resolve acompanhá-la na unidade básica mesmo, da forma como fosse possível. Em mais uma longa conversa foi possível convencê-la a tomar a medicação proposta (discutida com a psiquiatra que realizava matriciamento ali). Com retornos constantes, mas com espaçamento progressivo, foi possível constatar sua melhora. Ficou a dúvida se a melhora foi mais operada pela medicação, pelo vínculo desenvolvido entre profissional e usuária ou pelo suporte familiar mais compreensivo que passou a ocorrer. Mais provavelmente, esses três fatores atuaram em sinergia. A conversa com a família dava-se na presença da própria paciente, a cada consulta um filho a acompanhava. No início, impacientes, mas amorosos, foram entendendo qual a condição de saúde da mãe da família, o suporte que era necessário e a “verdade” contida em suas palavras e em suas visões. Pela redução do conflito e da negação do que estava ocorrendo fortaleceu-se o suporte familiar.

Quando o médico estava se demitindo da UBS realizou uma nova conversa com ela. Disponibilizou-se o apoio da enfermeira, da psiquiatra e da psicóloga matriciais; seria necessário construir novos vínculos. Dona Fátima ainda não saía muito de casa, mas já conversava com as visitas, cozinhava, como forma de agradar aos filhos e fazia doces para que eles vendessem. Ainda não fazia crítica de sua situação de saúde, mas, sem dúvida, sua vida tornou-se mais leve e menos sofrida.

### 11.3.2 Quando a Demanda e o Cansaço Superam a Conversa

Nem sempre era possível esse nível de diálogo com os usuários. Eventuais sobrecargas ocasionadas por encaixes, por complicações clínicas ou por usuários que demandavam muito tempo, faziam com que os demais fossem atendidos com mais pressa, com anamneses mais restritas e mais direcionadas.

Não era apenas a sobredemanda que prejudicava a acolhida. A condição psicológica e emocional do trabalhador também influencia na redução da clínica. Por vezes as jornadas de outros

trabalhos se sobrepunham e a jornada semanal total chegava a 60 horas. Com o cansaço, a disponibilidade para a escuta se reduz.

Ainda assim, a clínica é intercessora, como nos fala Passos e Barros (2001). No encontro entre dois corpos produz-se subjetividade, não apenas a do usuário, mas a do trabalhador também. Mais de uma vez a dureza do cansaço foi quebrada por palavras de carinho ou de preocupação de um ou outro usuário para com seu médico.

### 11.3.3 A Clínica para Dentro da Equipe

Se entendermos, como Passos e Barros (2001), a clínica como o que difere, que produz desvio, desestabiliza e intervém podemos considerar a relação entre os trabalhadores de saúde como uma clínica da relação, do trabalho em equipe.

Adotando a disposição para a conversação acima citada, também na interação da equipe poderemos viabilizar uma horizontalização da relação. O suposto lugar de saber-poder do médico dá lugar a uma relação lateralizada (que põe as pessoas lado a lado) que permite a construção conjunta de diagnósticos e condutas. A disponibilidade para a conversa empodera os demais membros da equipe a acolher os usuários; diante da complexidade da demanda eles poderão contar com a discussão do caso com o médico presente.

Diariamente os usuários chegavam com novas demandas. Todas sempre muito urgentes. Cada um as acolhia como podia. Vez por outra a recepcionista batia à porta do consultório médico, ela tinha avaliado que aquele usuário tinha uma demanda imediata, como poderia proceder diante daquilo? A enfermeira estava atendendo, o caso suscitava uma dúvida e logo se discutia como se poderia proceder com relação à problemática posta.

A hipertensão do paciente não se controlava. Aparentemente as relações familiares eram tensas e o uso das medicações era irregular e incorreto. Sua condição clínica deteriorava-se. O médico procura um agente de saúde, não é a microárea de atuação dele, mas ele se disponibiliza a ajudar; em sua área tem outros familiares daquele núcleo familiar. Aponta como certas condutas não terão sucesso diante da dinâmica da casa.

O sofrimento presenciado e vivido dia a dia através dos usuários também contaminava e entristecia os trabalhadores. Tendo-se vínculo, como evitar a transferência de afetos positivos ou negativos? A não presença nas reuniões de equipe (que eram apenas para a equipe de saúde da família) não permitia falar disso com mais sistemática, mas a cozinha e o café mostravam-se importantes espaços para fazer falar.

Naquele espaço da equipe, espaço protegido, fala-se da dificuldade em lidar com alguns pacientes, discutem-se os casos, pensa-se em intervenções, produz-se o novo conjuntamente. Neste espaço descobre-se como há uma grande parcela de usuários que se beneficiariam do Lian Gong,

mas que não o conhecem ou não o aderem. A partir de então passa a acontecer uma sessão no começo da tarde, no meio da sala de espera da Unidade. Até mesmo os médicos interrompem seus atendimentos para acompanhar a atividade. A adesão aumentou.

A clínica da relação, da equipe, é uma clínica de trabalhadores com usuários e de trabalhadores entre si. E é inseparável da gestão. Eis que nesse mesmo espaço “clínico” do café também são apontados outros tipos de problemas e dificuldades. Alguns simples, de resolução imediata, como a auxiliar que exclama: “*André, não dá para entender se o seu ‘1’ é ‘1’ ou ‘2’!*” Outras questões são levadas para a gerência e para a reunião geral de equipe.

### 11.3.4 A Indissociabilidade entre Clínica e Gestão

A Clínica era coproduzida graças à democrática gerência local e à disposição dos trabalhadores de apoiar uns aos outros e dedicar-se ao trabalho e à atenção aos usuários. Isso se dava em algumas oportunidades construídas para tal e em outras que existiam como tal. Como vimos, a cozinha propiciava discussão de casos e integração do clínico de apoio com o restante da equipe já que eram poucas as oportunidades formais para isso.

Uma destas oportunidades construídas era a reunião geral de equipe na qual se puderam discutir diversos assuntos, como acolhimento, planejamento da unidade e organização da recepção. Esse último tema foi trazido pelo clínico, incomodado com o tempo perdido entre as consultas para tentar entender a ordem em que os prontuários estavam dispostos ou simplesmente para achar a ficha do próximo paciente (questão muitas vezes resolvida com a abertura de uma ficha eventual, perdendo-se, pelo menos para aquela consulta, toda a história progressa do usuário).

Essa queixa traduziu-se em ações quando a equipe precisou mudar de local de trabalho, por duas vezes, devido à queda do telhado da unidade com as chuvas de verão. A reorganização necessária foi encarada como momento para também arrumar outras coisas que não vinham bem. Praticamente toda a equipe ajudou a rever os prontuários familiares, reorganizá-los e retirar para outro espaço aqueles que já não eram utilizados há mais de uma década.

Por sinal, esse episódio do telhado mostrou-se um importante analisador da relação da clínica com a gestão. As chuvas de verão destelharam completamente a Unidade de Saúde, durante um fim de semana. A vizinhança chamou os agentes de saúde, esses chamaram a coordenadora e outros trabalhadores. Comunidade e trabalhadores fizeram um esforço conjunto para salvar equipamentos e prontuários da água da chuva e dos possíveis invasores que poderiam aproveitar a situação para roubar a Unidade. Tudo foi transferido para outra Unidade de Saúde próxima. A parceria da população comoveu a equipe.

Agora, sem teto, a equipe manteve-se trabalhando na outra Unidade, aproveitando que havia algumas salas livres devido ao período de férias de vários funcionários. A demora de uma resposta

resolutiva ao problema foi deprimindo os trabalhadores. Sentiam-se invadindo a casa alheia, estavam desconfortáveis, sem conseguir encontrar-se em seus próprios processos de trabalho. Os olhares tristes e cabisbaixos traduziram-se em morosidade. Parecia que a população entendia o momento delicado, a maior parte dos usuários acolhia os trabalhadores e vice-versa. Discutir casos, escutar, conversar, tudo isso cansava mais e era mais disperso.

Semanas depois, percebendo-se que o conserto do telhado ainda demoraria, resolveu-se alugar uma casa. A Secretaria de Saúde comprometeu-se a pagar o aluguel, mas ela mesma não poderia aparecer como locatária. Tal responsabilidade foi assumida pela associação de moradores do bairro. Nessa mudança, arrumam-se os prontuários e rediscute-se o processo de trabalho da recepção.

Já na casa nova, uma discussão antiga volta à baila. O prêmio da avaliação de desempenho não era integralmente pago a médicos e dentistas, pois o salário deles alcançava o teto previsto em lei (o salário do prefeito). Diante da notícia de aumento do salário do prefeito esses trabalhadores começaram a negociar um aumento no pagamento do abono salarial. Mediante dificuldades na negociação, esses profissionais ameaçam represália aos tópicos colocados na avaliação de desempenho, visto que mesmo que fizessem o mínimo receberiam a mesma quota de prêmio. Isso excluiria reuniões de equipe, visitas domiciliares, projetos terapêuticos etc. O assunto é trazido à reunião geral de equipe pelo médico de família. As reações são imediatas, são várias as manifestações sobre como isso prejudicaria o restante da equipe em suas próprias avaliações de desempenho, haja vista que um dos componentes da avaliação é geral. A conversa é praticamente encerrada quando uma agente de saúde, empoderada da clínica que exerce no dia a dia interrompe a discussão falando: *“Sofi aí, isso não está certo. A gente trabalha pra caramba e aí os médicos vão querer deixar de atender justamente aqueles que mais precisam? Porque se vão deixar de fazer as VDs (visitas domiciliares) vão deixar de atender bem aqueles que estão piores! Eles nem conseguem vir até aqui!”* Com isso, a sugestão deixada ao médico para que levasse aos seus pares foi que, se acaso fossem tomar alguma atitude mais enfática (como lhes seria de direito), que o fizessem com uma greve total, não apenas relativa às questões da avaliação, para que a pressão fosse mais visível e efetiva.

Nessa mesma época deparamo-nos com a sobrecarga na agenda do médico de família e do clínico de apoio. Como o primeiro estava para sair de férias, seus agendamentos já estavam alcançando três meses de espera e a agenda do clínico um mês. Diante disso, é frequente as trabalhadoras da recepção irem bater na porta do médico para saber como proceder. Agendar, esperar, encaixar? Esse “o que fazer?” começou a incomodar a recepção e a produzir ruídos. Uma das recepcionistas, moradora de um dos bairros da área adscrita há muitos anos, boa conhecedora de grande parte das famílias, escuta e agenda os usuários que chegam, conforme sua impressão e seus saberes sobre urgências, levando em conta a história das pessoas e das famílias. Tal atitude por vezes gera descontentamento entre usuários e trabalhadores que ficam

com a impressão de que a profissional está favorecendo seus conhecidos. Enquanto essa procura já definir certa ordem de prioridade baseada em sua própria experiência na função e em seu conhecimento sobre a população, outra, igualmente dedicada, acessa frequentemente o médico e a enfermeira. É o exame que precisa ser checado, a medicação que precisa ser renovada etc. Em uma reunião de equipe desabafa não saber o que fazer, tem muito medo de deixar passar alguma coisa importante, ou de acabar deixando ficar com muitos dias de espera um usuário que tem uma questão urgente e que pode piorar ou mesmo correr risco de morte mediante tal demora. Com essas situações, ruídos e desconfortos, a equipe passa a discutir a questão de se estruturar o acolhimento do usuário com alguma classificação de risco.

As dificuldades, para o desenrolar da clínica, de toda a equipe eram constantemente discutidas, mas uma era vista como das principais, era estrutural e fora da governabilidade da equipe. A falta de pessoal resultava em uma clínica quase solitária. A enfermeira precisava dividir-se entre os pacientes da área do PSF, a equipe de apoio e a gerência local. A equipe de apoio não contava com agentes comunitários de saúde, tampouco com visitas domiciliares frequentes, a serem realizadas por equipe multiprofissional. A clínica era ampliada na medida em que era possível fazê-la dentro do consultório. Vamos percebendo que muito é possível. E um dispositivo que auxilia nisso é o matriciamento.

### 11.3.5 O Matriciamento

Uma das oportunidades construídas para esta clínica poder ser compartilhada foi a chegada de uma nova psiquiatra; profissional experiente em saúde mental e muito disposta a trabalhar em equipe, para fazer matriciamento das equipes da região.

Conseguiu-se garantir que ela fosse ao centro de saúde pelo menos uma vez a cada 15 dias. Inicialmente, ela se propunha a discutir os casos, mas ao receber a proposta de atendimentos conjuntos abriu-se para as novas possibilidades. Por exemplo, fez visitas domiciliares com a equipe de Saúde da Família, o que repercutiu em grande satisfação da equipe ao sentir-se empoderada e mais resolutiva.

Com a equipe de apoio a agenda era mais restrita. Era mais difícil conciliar a agenda clínica apertada com os horários em que a especialista estava disponível. Ainda assim foi possível discutir alguns casos e buscar alguma priorização nas agendas para esses momentos.

Dois casos foram marcantes. Dois pacientes com transtorno esquizóide. A primeira já foi abordada acima. O segundo era um homem de meia idade, com marcada instrução, multiartista, pintor, músico e escritor. Tinha uma vida boêmia no meio artístico de São Paulo. Ao iniciar com os sintomas foi medicado, em doses cada vez maiores. Sua criatividade foi embotando; estava claro para ele a interferência negativa da medicação em seu processo criativo e o sofrimento proporcionado por isso lhe era insustentável. Interrompendo o uso da medicação, seus sintomas foram retornando

até ser encontrado, pela irmã, trancado dentro de casa há algumas semanas, sem banho, sem comer, bebendo pouca água e delirando intensamente. A família recusa-se a interná-lo e procura o centro de saúde. No momento de sua chegada ele já se encontra bem cuidado, tinha voltado a tomar a medicação e apresentava certa crítica de sua condição. Mas a doença não é o foco! Toda essa história toma apenas alguns minutos da primeira consulta. A história que realmente interessa é como foi sua vida nos diferentes períodos em que a viveu, nos diferentes meios que frequentou, com sua arte permeando todos esses convívios. E como ele poderia viver sem tudo aquilo? Como poderia viver sem criar? A relação com a loucura também toma uma conotação negativa. Era preciso negar um julgamento de loucura socialmente posto para se viver da forma que lhe satisfazia. Essa era a questão e diante dela outras pactuações deveriam ser feitas. A medicação seria retomada em doses baixas e combina-se que ele frequente o CAPS, espaço onde todo aquele talento poderia ajudá-lo a cuidar de si mesmo e dos outros usuários (cuidar dos outros é apresentado como uma nova disposição do usuário neste momento de sua vida).

Ficou patente a preocupação em manter a medicação o mais otimizada possível. Qual seria a melhor droga para controlar as crises com a menor dose possível, de forma a não embotar-lhe a criatividade? Preocupação constante em todas as prescrições, mas que aqui tomava ares decisivos ao projeto de terapêutico.

A opção foi agendar um retorno para o atendimento conjunto com a psiquiatra. Buscava-se que a mesma também se tornasse uma referência para o paciente e que a discussão realizada dessa forma contribuísse para o aprimoramento da formação e da prática do clínico relativa aos pacientes portadores de sofrimentos psíquicos. Esperava-se, também, que a atuação conjunta de ambos os médicos ajudasse a combinar com o paciente o uso da melhor droga na melhor dosagem para controle de suas crises.

A ideia era boa, porém, o resultado foi parcialmente fracassado. O usuário aceitou a consulta conjunta, mas manteve-se de tal forma afastado da psiquiatra que se recusou a tomar qualquer medicação. Não se logrou constituir qualquer tipo de vínculo naquela consulta e isso parece ter influenciado o usuário a não se tratar. Conclusão dos dois médicos: nova consulta precisaria ser agendada e para se tentar reconstruir o vínculo, já que isso talvez fosse o principal componente do tratamento.

Psiquiatra e clínico partilham diagnóstico, constroem algum projeto terapêutico, ainda que limitado, ainda que envolvendo pouco o restante da equipe. De toda forma, a conversa franca e aberta permite a derrubada das fronteiras disciplinares, constrói outra relação entre os médicos e destes com o usuário. Outra forma de abordá-lo será necessária, a clássica prescrição médica não é suficiente.

### 11.4 Considerações Finais

Passamos, neste trabalho, por uma discussão sobre como a clínica e o serviço podem se estruturar em torno de uma rede de conversações. Esta conversa que permite ampliar o olhar sobre a clínica e permite ampliar seu objeto de trabalho.

Na conversa colocamos em evidência a relação e o que ela produz. O encontro produtivo e intercessor entre trabalhador e usuário, momento em que se produzem subjetivações, críticas, novas histórias, outros desejos. Igualmente falamos da capacidade produtiva do encontro, ou da clínica, entre trabalhadores, de sua também intercessora função, de sua potencialidade criativa, inventiva. Nesse encontro situa-se a clínica transdisciplinar.

Nessa clínica do encontro, vemos a possibilidade de construção de desalienações, de empoderamentos, de construção de autonomias. Essa clínica que reconhece o outro como legítimo outro, reconhece seu saber e a contribuição que ele tem a dar ao caso, à relação, à produção de vida.

Entretanto, evidencia-se que não basta “boa vontade”, ou “boas intenções”, ou “disposição”, ou “desejo” de se clinicar no encontro, de se ampliar o olhar. Condições concretas são indispensáveis. As possibilidades de encontro não podem limitar-se apenas ao informal ou ao consultório. Se o próprio espaço é limitado também se tende a limitar a prática. Dispositivos como as reuniões de equipe de referência, reuniões gerais de equipe, matriciamento ou outros que se possam criar são indispensáveis para se fazer falar e se fazer ouvir.

Não se pode esquecer a valorização do trabalhador. Situações estressantes tendem a reduzir as possibilidades de encontro e de clínica. Parece-me essencial que os trabalhadores confiem na permanência uns dos outros no serviço, com vínculos empregatícios claros e não precários, que tenham salários e projeções de carreira que os incentive a trabalhar, a continuar e a se dedicar o mais exclusivamente possível. Múltiplos vínculos empregatícios parecem ser deteriorantes da prática clínica. Mesmo com apenas um vínculo, parece notório que trabalhadores sobredemandados têm pior qualidade de trabalho, de atendimento, de escuta. Assim, na Atenção Básica, uma adequada proporção entre população e equipes de saúde mostra-se de suma importância.

Relações claras e de confiança com a gestão e com a equipe, com horizontalização, facilitam a circulação da palavra. Uma gestão democrática promove encontros produtivos mais facilmente do que uma hierárquica.

Logicamente, todas essas condições não são indispensáveis para a realização da Clínica Ampliada, mas tornam-na mais palpável, mais praticável e mais cotidiana. Ainda que devemos fazer críticas, é de se considerar o paralelismo dessa questão com o demandado pelos organismos internacionais no “Relatório Mundial pela Saúde 2008”. Nesse documento propõem-se quatro conjuntos de reformas para o avanço da Atenção Primária no mundo, respondendo às expectativas populacionais e às necessidades de mudanças, sob os “valores da equidade, solidariedade e justiça

social que orientam o movimento”, quais sejam: “reformas da cobertura universal, da prestação de serviços, da liderança e das políticas públicas”. Não se pretende estender mais o debate e se aprofundar nessas propostas, apenas indicar um caminho de leituras e aprofundamentos que ajudem a instrumentalizar nossa atuação na Atenção Primária em Saúde para dar condições ao exercício da Clínica Ampliada.

### Referências

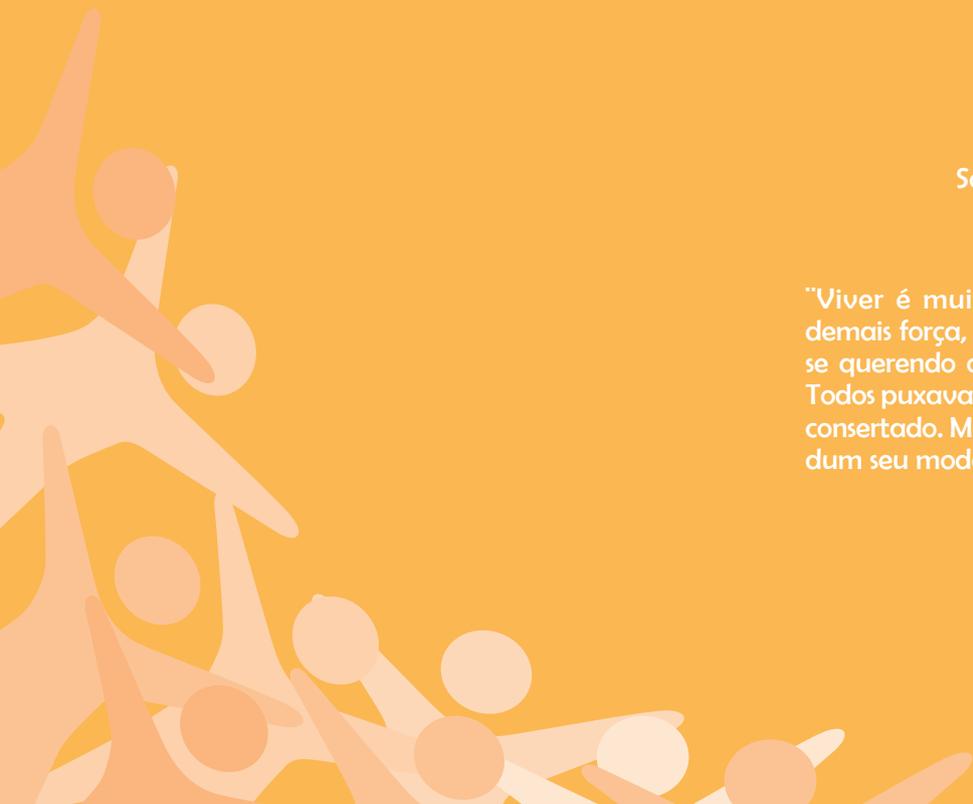
- AZEVEDO, M.; CARVALHO, S. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, p. 204-219, 2009.
- BARROS, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**., v. 16, n.1, p. 71-79. Jan./abr. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1. Ed. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. 1. Ed. Brasília, 2009.
- HESS, R. 1988. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In: HESS, R.; SAVOYE, A. Tradução de MOURÃO-COLIN, L. C.; L'ABBATE, S.; ABRAHÃO, A. L. S. **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, p. 119-138, 1988.
- KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; BESSET, Vera Lopes. **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nau, p. 465-489, 2008.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- LOURAU, R. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, S. **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, p. 259-283, 2004.
- MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 259-297, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial pela saúde 2008**: agora mais do que nunca. Tradução de S. Marini. Genova, 2008.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica no contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 71-79, 2001.
- TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, p. 89-111, 2003.

# 12 Saúde Indígena: Distâncias que Aproximam...

Sofia Beatriz Machado de Mendonça

“Viver é muito perigoso... Querer o bem com demais força, de incerto jeito, pode já estar sendo se querendo o mal, por principiar. Esses homens! Todos puxavam o mundo para si, para o concertar consertado. Mas cada um só vê e entende as coisas dum seu modo.”

(Grande Sertão Veredas.  
Guimarães Rosa)



A política de saúde indígena foi construída de forma concomitante à construção do próprio Sistema Único de Saúde em nosso País, a partir do movimento da Reforma Sanitária, porém trouxe outros ingredientes para pensar as suas práticas e a sua organização. Aliaram-se ao movimento sanitário, o movimento indígena e indigenista trazendo pautas específicas relacionadas à política indigenista oficial. Interesses contrários à garantia dos direitos à diferença étnica e setores da sociedade cada vez mais interessados na exploração da terra e de recursos naturais existentes nos territórios indígenas, principalmente nos espaços regionais/municipais levou à necessidade de se garantir a manutenção do subsistema no âmbito do Governo Federal, evitando-se a municipalização. Em função disso, foi adotado um modelo misto, diferenciado em relação ao conjunto do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela descentralização de serviços e recursos, mas mantendo o comando único da gestão no plano do Governo Federal.

Durante a década de 90 a proposta de um sistema de saúde diferenciado para os povos indígenas foi se estruturando, referendado por conferências nacionais específicas, e culminou na atual Política Nacional de Saúde Indígena.

Componente do SUS, o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas tem como missão a oferta de serviços de Atenção Básica, atendimento a urgência e emergências e a articulação com os serviços de maior complexidade a nível regional. Esse subsistema é constituído por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), territórios sanitários definidos a partir de critérios étnicos, geopolíticos, epidemiológicos e de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade. Esse sistema guarda semelhanças com a estratégia de saúde da família, operando com equipes multiprofissionais, responsáveis por uma clientela adscrita.

Partindo desse cenário este texto foi elaborado no contexto da Política Nacional de Humanização e procura aproximar os conceitos de saúde, cuidado e humanização dessa política ao campo da saúde indígena.

A aproximação é apropriada, pois a relação que se estabelece entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde indígena tem características que aprofundam a necessidade da escuta qualificada e do diálogo, o “lidar com o outro”. A concepção do modelo de atenção à saúde indígena, embora gestada a partir de outras premissas, se aproxima da política nacional de humanização em sua perspectiva de “escuta e conversa”, de “questionar e reconstruir” os conceitos relacionados à saúde, adoecimento e cura.

A concepção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como territórios sociais, estabelecidos a partir de critérios epidemiológicos, sociais e culturais, de gestão federal, aponta para outra forma de produzir saúde. Acentua a possibilidade de garantir a **equidade**, princípio tão caro ao sistema único de saúde.

A proposta é nos debruçarmos sobre o campo da saúde indígena: como este espaço de produção da saúde se constitui, quem são os atores envolvidos, quais os principais conflitos e quais estratégias estão sendo implementadas para garantir a atenção integral, resolutiva e humanizada.

A Atenção Básica em saúde é o espaço privilegiado para a construção de um sistema de saúde humanizado, pois se desenvolve no cotidiano das pessoas. Está inserida em um espaço-território específico, que deve considerar as relações interpessoais e interculturais, o modo de viver e ser das comunidades, em busca de melhor qualidade de vida. No caso da Atenção Básica em áreas indígenas as questões relacionadas às diferenças/distâncias culturais são particularmente evidentes. Os profissionais de saúde que trabalham com saúde indígena, invariavelmente, convivem com outras culturas, deparam-se com outras concepções de corpo, de pessoa, de adoecimento e tratamento, práticas que se configuram em diferentes sistemas de cura.

Nesse contexto intercultural, quais são os campos de conhecimento necessários para a formação de profissionais de saúde? Quem trabalha na equipe multidisciplinar de saúde indígena (Emsi)? Índios e não índios com concepções de corpo, de saúde e doença diferentes. Como trabalhar com perspectivas diferentes sobre o próprio objeto de trabalho? Se buscamos a saúde e a qualidade de vida, de que perspectiva estamos falando – dos índios? – ou da nossa sociedade, da referência de saúde que faz parte de nossa cultura, de nosso imaginário social e profissional?

Como preparar os profissionais da área para o trato competente e sensível do imaginário social sobre a saúde?

Partimos do pressuposto que em qualquer processo de formação e produção de saúde, existe uma profunda conexão entre “cultura-trabalho-saúde-educação”.

Nas palavras de Miguel Arroyo:

A cultura que vivenciamos, o conhecimento cultural que acumulamos vai constituir a caixa de ferramentas com que, ao longo da vida, construiremos significados, saberes, valores e condutas, com os quais faremos escolhas, participaremos da vida social e política, produziremos e reproduziremos nossa existência. As representações da escola, do trabalho, da saúde, do corpo, com que lidam os profissionais de saúde são produzidas culturalmente. Mexer com culturas exige artes e competências profissionais refinadas.

Que teoria pedagógica dará conta da compreensão, acompanhamento e cuidado dessas travessias humanas, deste espaço de interlocução entre culturas distintas, entre caixas de ferramentas distintas? (ARROYO, 2003, p. 64-80 ).

A partir dessa constatação, de que trabalhamos com referências distintas sobre a saúde, o corpo e o processo de adoecimento, vamos aprofundar essa conversa.

Algumas questões:

- Qual é a **distância** que separa a equipe de saúde local dos usuários dos serviços? Como se mede essa distância?

- Quais as ferramentas e dispositivos para consolidar/criar redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, no contexto da saúde indígena?

### 12.1 O Espaço Intercultural e os Sujeitos

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS considera que “sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005). O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Aposta na criação de saídas e na atuação em rede”.

Para transformar uma realidade, construir vínculos e produzir graus de autonomia é necessário conhecer bem essa própria realidade. O grande desafio dessa Política é exatamente garantir a especificidade, a singularidade, na criação de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde **daquele** território, rompendo com as estratégias verticais e uniformizantes que reproduzem o modelo biomédico focado na doença, médico-centrado, ainda vigente em nosso País. Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece.

Se por humanização compreendemos “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (HUMANIZASUS, 2009) certamente será preciso conhecer esses sujeitos, sua cultura, suas histórias e seus conflitos.

Conhecer o **diferente** passa por uma reflexão sobre a nossa prática, confirma a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo. Essa é uma das habilidades mais importantes que os profissionais de saúde que atuam em saúde indígena devem exercitar e construir. Quando nos dispomos a ouvir, não só ouvir, mas escutar, e exercer nosso papel de interlocutores, estamos trabalhando com a perspectiva de repensar nossa própria cultura, relativizar nossos próprios paradigmas. Muitas vezes nem percebemos o quanto estamos mergulhados em nossas referências científicas, muitas vezes nos parecem óbvias algumas atitudes diante de determinados problemas mas, na realidade, não são absolutamente óbvios para os atores envolvidos.

Será que realmente eu percebo que estou trabalhando com outro povo? Outra cultura? Com o outro?

Na maioria das vezes, nossa percepção da alteridade (do outro) se dá quando nos deparamos com cenas ou situações para nós inusitadas e muitas vezes conflitantes com normas e valores da nossa própria cultura.

Algumas situações relatadas por profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas:

“No início do meu trabalho em saúde indígena, quando era dia de pesagem das crianças de 0 a 5 anos, sempre tinha dificuldade de pesar crianças com 1 mês ou menos pois seus pais não compareciam ao centro da aldeia para a pesagem e tinha que ir de casa em casa para pesá-las. Essa situação às vezes me deixava chateada, pois não entendia porque elas não vinham, até que um dia resolvi perguntar o por quê, e a resposta foi muito clara: as crianças após o nascimento não saem de casa até completarem 1 mês, pois ainda são muito vulneráveis a doenças espirituais...A simples pergunta me esclareceu tantas coisas...” (Mariana Queiroz, enfermeira – Emsi/Unifesp/Dsei – Xingu).

“Outro caso interessante que vivenciei foi de uma criança com uma queimadura extensa no braço que procurou a UBS, a família tinha passado algo que não conseguia identificar, resolvi limpar o local e fazer um curativo, no outro dia ela voltou a UBS sem o curativo e novamente com a mesma substância, conversei com a mãe sobre a importância de deixar a lesão limpa e refiz o curativo. No seu retorno a situação se repetiu, então conversei com a mãe com ajuda de um Agente Indígena de Saúde (AIS) sobre o que eles estavam usando e resolvemos manter o tratamento tradicional (indígena). Orientamos apenas para deixar coberto e o AIS iria observar os sinais de inflamação. Em uma semana o local estava totalmente cicatrizado. Eu só entendi o que estava ocorrendo quando perguntei o que estavam usando para queimadura, e assim me explicaram como era feito, onde pegavam e para que servia. Dessa forma parei de querer impor o que eu achava que era correto e consegui respeitar sua cultura e conciliar os meus cuidados com o da mãe”. Mariana Queiroz, enfermeira – Emsi/ Unifesp/Dsei – Xingu.

“É de praxe, durante uma consulta de pré-natal, orientarmos a gestante sobre a necessidade de ingerir água. Reforçamos a importância do seguimento da orientação e na próxima consulta falamos novamente. Estou dizendo isso por que, em certa ocasião, atendia uma gestante da etnia Yudjá e fiz a orientação acima utilizando a palavra água e não a palavra líquido. Quando terminei a conversa o marido, que estava acompanhando a consulta, disse: “para o nosso povo, gestante não pode beber água.” Assustei num primeiro momento, mas depois conversamos mais um pouco e eles disseram que a água pura não podia ser ingerida, mas mingaus e outros alimentos preparados com água poderia”. Vânia Rabelo, enfermeira – Emsi/Unifesp/Dsei – Xingu.

– “Por que aqueles índios não usam a privada? Por que eles fazem suas necessidades no chão?”  
**Muitas vezes o que nos parece óbvio não é nem de perto claro para o paciente ou sua família.** Para muitos povos indígenas, por exemplo, não se pode fazer “cocô” na água (da

privada), para eles é uma coisa absurda, horrorosa. Aliás, eles ficam extremamente constrangidos também com essa situação.

– “Os pais, familiares e pajés se recusam a levar a criança ou adolescente doente para a Unidade de Saúde (UBS) ou Hospital, mas todos os instrumentos, o espaço de atendimento está na UBS. O que eu posso fazer?”

Esse caso ilustra bem a necessidade de diálogo e de negociação compreensiva.

Entre muitos povos indígenas, é comum os pajés orientarem os pais e familiares para não deixarem seu filho doente sair de casa, sair da proteção dos espíritos que estão auxiliando no seu tratamento, caso contrário eles estarão vulneráveis aos maus espíritos e provavelmente vão piorar o estado do paciente. Em geral, essa situação é mais complicada quando há interveniência de feitiços no diagnóstico etiológico elaborado pelo pajé. Os períodos de maior vulnerabilidade são aqueles em que há uma mudança de papel social, um rito de passagem, como entre as gestantes, puérperas, crianças pequenas e adolescentes. Esses são momentos muito delicados em que a negociação é necessária, a intervenção pactuada e respeitosa com os profissionais da medicina indígena é fundamental.

Como estratégia de ampliação de cobertura da assistência à saúde nas áreas indígenas e, ao mesmo tempo, facilitar a interlocução passaram a ser formados os agentes indígenas de saúde (AIS). Essa estratégia revelou-se bastante eficiente sob vários aspectos. Porém, gerou expectativas diferentes entre a equipe de saúde e a própria comunidade.

Em geral, os relatos dos profissionais não índios, da biomedicina, revelam frustrações e decepção na conduta dos AIS, têm uma expectativa diferente do que os agentes conseguem demonstrar, principalmente nas ações relacionadas aos cuidados e educação em saúde.

Para muitos povos indígenas, os cuidados relacionados às crianças, ao corpo, à alimentação, à gestação e mesmo aos doentes, ficam a cargo das mulheres. No entanto, a maioria dos AIS em formação pelo País são homens, ainda é muito reduzido o número de mulheres nesse processo. Daí a dificuldade dos AIS em orientar, em interferir nesses cuidados, já que muitas vezes não podem sequer dirigir a palavra para sua sogra ou sogro, obedecendo às regras sociais.

Certa vez, durante um curso de AIS no Xingu, um dos alunos desabafou.

– “Como é que eu vou dizer pro meu sogro que ele não pode deixar o cachorro entrar dentro de casa?” ou – “Como é que eu vou dizer para minha tia como é que ela tem que cuidar do filho dela?”. É falta de respeito.

Por outro lado, historicamente, o papel esperado do agente de saúde nas aldeias era, e ainda prevalece, o de dar remédios, distribuir medicamentos orais e injetáveis que deveriam curar as doenças trazidas pelos brancos.

Buscar a ampliação do cuidado e a produção coletiva de saúde passa pelo acompanhamento das ações de vigilância nas aldeias, agregando outros segmentos sociais, como mulheres, lideranças e profissionais da medicina tradicional, para conversar, pactuar, valorizar e legitimar os cuidados, as orientações e ações de educação em saúde a serem desenvolvidas. É preciso conhecer e articular a rede social de cuidadores.

Passada a “fase do estranhamento”, na qual olhamos as outras culturas tomando a nossa como medida, o contato com as sociedades indígenas nos permite olhar a nossa própria sociedade e cultura de uma maneira diferente. À medida que nos distanciamos de nossa sociedade e conhecemos outra forma de ver, de ser e estar no mundo, somos levados a refletir sobre nossa própria cultura, nossas regras sociais que foram sendo construídas ao longo de nossa história, a partir dos encontros e desencontros de várias culturas.

A presença de outros sistemas de cura dentro das várias sociedades indígenas é ainda bastante estruturada, diferentemente do que se apresenta entre a população que frequenta os serviços de saúde em centros urbanos que, embora seja extremamente viva, é velada.

Essa convivência entre o sistema médico oficial e os sistemas de cura indígenas nos faz refletir sobre a nossa própria concepção de saúde e doença.

O conhecimento científico hoje considerado hegemônico partiu da prática, porém dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico positivista destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo. Com a divisão entre mente/alma e o corpo, a ciência médica passa a cuidar apenas do corpo, colocando o sagrado, o subjetivo absolutamente à margem na abordagem do doente (SANTOS, 1991). Os espaços de diagnóstico e tratamento ficaram restritos às unidades básicas, ambulatórios e hospitais, excluindo os territórios sociais onde o adoecer tem significados mais complexos. Esta redução se deu inclusive no conhecimento do próprio corpo, a formação médica caminhou para a especialização extrema perdendo o olhar do todo, do homem como um todo (MENDONÇA, 1995).

Com isso a comunicação entre o paciente e o médico ficou muito prejudicada. Passou a ser pontual e fragmentada. Boa parte dos pacientes recorre a outras alternativas terapêuticas como benzedeiros, comadres, terreiros de umbanda, centros espíritas, seitas religiosas, entre outros recursos. Pode ser que estejam à procura de uma referência simbólica que lhes ofereça outros níveis de causalidade da sua doença. Eles procuram outras formas de tratamento que

lhes deem respostas a perguntas que a ciência médica raramente consegue fornecer: por que eu? Por que agora? Muitos doentes estão à procura de agentes de cura que lhes devolvam o equilíbrio não só biológico, mas da própria identidade sociocultural, a sua aceitação e o seu acolhimento em seu meio social. A excessiva valorização da tecnologia e a voracidade da indústria farmacêutica têm acentuado este fenômeno de desencontro da relação médico-paciente (MENDONÇA, 2009).

Ao mesmo tempo tem emergido uma nova ordem que propõe uma mudança de paradigma na ciência médica, de uma maneira geral busca a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística e sistêmica da vida. A Política Nacional de Humanização caminha nesta direção à medida que propõe e estimula novas formas de produção da saúde em que todos os atores, usuários, gestores e trabalhadores estejam envolvidos como sujeitos.

### **12.2 O Processo de Adoecimento Itinerário Terapêutico**

O processo de adoecimento e sua interpretação estão vinculados às representações socioculturais da doença no seio de cada sociedade.

A equipe precisa estar aberta para entender seu caráter dinâmico, sua interpretação desde o aparecimento dos primeiros sintomas e em que circunstâncias ocorre, quem foi acometido, sua idade e todo o seu desenrolar, se houve agravamento ou persistência do quadro mórbido. Em vários momentos, o paciente ou sua família, pode emitir um diagnóstico, recorrer às ervas, aos medicamentos, e aos diferentes especialistas. Dependendo do desenrolar desse processo, será elaborado um diagnóstico e será empregado um tratamento mais adequado. Durante a evolução da doença a remissão dos sintomas não significa cura necessariamente, uma vez que o equilíbrio social também deve ser reestabelecido. Nesse caso a participação dos especialistas locais é relevante.

Um caso interessante pode ilustrar esse cenário.

A adolescente K.S. apresentava um quadro recorrente de dor abdominal, ora difuso, ora localizado. Foi atendida pela equipe de saúde local várias vezes com as mesmas queixas, sendo medicada e orientada. O quadro persistia e além dos sintomas abdominais a paciente passou a apresentar náuseas e sinais de depressão. Ficou inapetente e extremamente fragilizada. A família procurou ajuda dos especialistas locais, pajés e rezadores para interpretar e resolver o problema. Enquanto os pajés trabalhavam, o médico mais experiente da equipe foi chamado para discutir o caso. Ambos conversaram, avaliaram e trabalharam no caso. A paciente era uma adolescente que estava em fase de

**reclusão pubertária**, momento em que a menina muda de papel social para se tornar uma mulher. Em geral esse rito de passagem exige que a menina fique isolada, dentro da casa, aos cuidados de sua mãe ou avó. A dieta é especial, os banhos com ervas, amarrações e arranhaduras devem ser feitas para garantir um corpo bem modelado e maduro. Nesse período é proibida a saída para o pátio da aldeia. Muitas são as regras e os cuidados nesse momento, trata-se de um período de grande vulnerabilidade para a menina. Os espíritos podem provocar doenças e até a morte. Nesse caso específico, K.S., não queria ficar reclusa, estava mais interessada em todas as coisas que aconteciam fora da sua casa. Estava extremamente infeliz. Durante as conversas entre o pajé, o médico e os pais da adolescente foram negociadas várias estratégias para resolver o problema. O pajé fez o seu trabalho, procurando garantir a proteção contra os maus espíritos; o médico propôs um tratamento medicamentoso para o alívio dos sintomas e acompanhamento do caso; e a família, conversando com a menina, pactuou o período de reclusão. Dessa forma o caso foi resolvido, com muita negociação de todos os atores envolvidos.

A percepção do problema, em toda a sua complexidade, permitiu que a equipe de saúde, trabalhando com os especialistas locais e com a família abordassem o caso em todas as suas dimensões.

Para muitos povos indígenas a maior parte das doenças que acometem as crianças, principalmente as pequenas, menores de 1 ano, são causadas porque os pais romperam algum tabu, alguma regra social relacionada à alimentação do casal ou ao comportamento sexual, ou ainda ao tipo de trabalho que os pais realizam nessa fase de maior vulnerabilidade das crianças. Esse pensamento nos mostra como é diferente a própria concepção de corpo: o corpo da criança não é tido como um **organismo individualizado** como aprendemos na biologia, como um corpo separado de seus pais e seus parentes mais próximos. Para eles o pai, mãe e filho permanecem como uma unidade psíquica e física, compartilhando substâncias corporais e alimentos.

A concepção etiológica elaborada pelos próprios índios, não os impedem de buscar os serviços de saúde ocidentais para aliviar e tratar os sintomas e, ao mesmo tempo, procurar os especialistas tradicionais. As abordagens terapêuticas não são necessariamente excludentes, elas devem ser complementares. Os recursos médicos ocidentais são reconhecidos como parte do tratamento e como mais uma alternativa terapêutica agora disponível, e não implicam necessariamente uma mudança sobre a explicação das causas da doença (MENDONÇA, 2009).

### 12.3 Possibilidades/Estratégias

As experiências relatadas confirmam a necessidade de uma reflexão sobre a nossa prática, confirmam a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo. Essa é uma das habilidades

mais importantes que os profissionais de saúde, que atuam em saúde indígena, devem exercitar e construir.

Muitas vezes nem percebemos o quanto estamos mergulhados em nossas referências científicas, muitas vezes nos parecem óbvias algumas atitudes diante de determinados problemas, mas na realidade, não são absolutamente óbvios para os atores envolvidos.

É fundamental rever nossos paradigmas, relativizar nosso conhecimento, particularmente o conhecimento científico, identificar nosso etnocentrismo, para reconstruirmos, junto com os índios, os conceitos de doença, sofrimento, cura, ética, saúde e qualidade de vida.

Várias estratégias podem ser adotadas para favorecer a construção de vínculos, redes sociais de cuidado, corresponsabilização e resolutividade.

- Conhecer o território social – os sujeitos, sua cultura, suas histórias e seus conflitos.
- Conhecer o perfil epidemiológico – as vulnerabilidades e comportamentos de risco.
- Identificar os problemas de saúde percebidos pelas comunidades – construir a rede explicativa desses problemas e seu respectivo plano de soluções de forma coletiva.
- Valorizar os espaços de controle social como os conselhos locais e distritais de saúde; encontros e reuniões de lideranças, mulheres, professores, parteiras, pajés, rezadores e raizeiros.

Seguem alguns exemplos

“Olhar o outro como um possível igual a mim mesma me levou a uma abertura para reconhecer parte do valor da cultura guarani. Em 2001, por ocasião da campanha de prevenção de câncer de mama, cérvico-uterino, na aldeia Jaraguá/São Paulo/SP, tive um grande aprendizado. Após solicitar autorização do pajé para coleta de Papanicolau nas mulheres indígenas da referida aldeia, conforme orientação da cacique, a resposta dele foi surpreendente: “ Como é que a Dr<sup>a</sup>. quer fazer exame nas índias, mas não sabe como as índias vivem. Antes de colher exame, vem passar uns dias aqui na aldeia e só depois de saber como as índias vivem pode colher o exame”. Conforme a condicionante, me programei para a semana seguinte e fiquei hospedada na casa da neta da cacique por cinco dias. No decorrer dos dias executávamos as atividades normais durante o expediente, e à noite ia à casa de reza (de segunda a quinta-feira). Na sexta-feira, pela manhã nos reunimos na escola da aldeia, e todas as mulheres compareceram. Todas participaram ativamente das atividades (palestra, autoexame de mama e depois a coleta do

Papanicolau). Algo curioso aconteceu. Elas queriam saber como eram de fato o exame e não sobre a roupa. A índia mais idosa, propôs que eu tirasse minha blusa e mostrasse como era que se fazia o autoexame. Propus que todas também deveriam tirar suas blusas e me acompanharem no exame. Ao final do autoexame essa índia mais idosa, quis me examinar para saber como era o normal, já que se alguma índia tivesse dúvida iriam procurá-la. Nessa época havia um médico que atendia na aldeia há muitos anos, mas elas tinham vergonha de falar certos assuntos com ele, e falavam com ela. A examinei mostrando como deveria fazer e ela reproduziu o exame em mim. Foi incrível a resposta positiva a essa situação, creio que devido ao fato de que “quando nos olhamos e nos tratamos como uns possíveis iguais”, houve confiança e tudo transcorreu muito bem” (Telma Sumica T. Buchalla, médica Funasa – Core/SP)

Durante o IV Encontro de Mulheres Xinguanas, que discutiu a saúde da criança com enfoque para a desnutrição e segurança alimentar, ficou clara a importância que se dá ao nascimento, crescimento e desenvolvimento das crianças para todos os povos e que todos eles têm regras, ritos de passagem e remédios para cada momento da vida da criança. A modelagem do corpo da criança com massagens, adornos, amarras e ervas, é comum a todos os povos. A dieta alimentar da criança está relacionada ao comportamento dos pais, principalmente na infância mais tenra pois, a criança ainda é parte da mulher, ainda faz parte do corpo da mulher. Portanto, todos os fluidos e secreções dos pais interagem com a criança e podem interferir na sua saúde. Em todos os povos existe a proibição da relação sexual entre os pais durante os primeiros meses, até anos, de vida da criança. Essa proibição é compreendida e interpretada pelas mulheres de várias formas, além de assegurar a não contaminação da criança pelas secreções dos pais e as possíveis diarreias, garante um maior espaçamento entre as gestações e maior tempo da mãe com seu filho pequeno.

As mulheres das diferentes etnias, nos últimos anos, atribuem à quebra dessas regras o aparecimento das doenças e da própria desnutrição entre as crianças.

Durante as discussões também foram levantadas, além da alimentação deficiente, várias questões relacionadas ao desgaste do meio ambiente, à sedentarização e à perda de práticas relacionadas aos cuidados com as crianças.

O Encontro também atingiu o objetivo de ampliar o conceito de desnutrição relacionando-o à questão do saneamento básico. Ficou claro para todos que a ausência de um tratamento adequado da água, dejetos e lixo tem relação estreita com a produção de doenças e agravamento da situação da desnutrição entre as crianças. Em todas as etnias, as mulheres relacionaram propostas para o enfrentamento da desnutrição conclamando todos os atores, lideranças, mulheres, homens, professores, profissionais de saúde e suas instituições.

Diante de todas as falas, representações, desenhos e conversas o encontro propiciou mais uma aproximação entre as diferentes etnias e a equipe de saúde. Propiciou ainda uma aproximação

entre as gerações de cada etnia. O envolvimento de lideranças, homens e mulheres, velhos e jovens, foi muito intenso e valioso. Os sinais de que esta aproximação aconteceu, e está acontecendo de forma crescente, foi presenciar a desenvoltura das mulheres durante as conversas em grupo e nos discursos diante da plenária. A possibilidade da tradução praticamente simultânea foi outro fator fundamental para mediar esse diálogo.

Aprender e apreender durante esses momentos é exercício difícil, é necessário nos despirmos de nossos conceitos e preconceitos. O repetir dos discursos, das respostas, das perguntas é o que traz mais perto esse universo, possibilita a troca.

A necessidade de explicitar um problema, debulhá-lo, entendê-lo, conversar sobre ele a partir de vários olhares, em diferentes momentos, com diferentes atores, permite que incorporem e o legitimem como problema e apontem para possíveis soluções, não mais como expectadores, mas participantes do processo.

De maneira geral, todos os objetivos propostos para esse encontro foram atingidos e mesmo, superados. O grande desafio é colocar em prática as propostas levantadas e manter a desnutrição, a segurança alimentar e o saneamento básico em foco, destacado da paisagem.

O clima de descontração e de festa também foi tecido ao longo do encontro com a confecção de adornos, as pinturas, os vestidos coloridos, as danças, os cantos e as brincadeiras.

A presença e interação dos profissionais de saúde que atuam no dia a dia do atendimento à saúde na área também contribuiu bastante para atingirmos os objetivos do encontro.

Em vários momentos os membros da equipe local de saúde se surpreendiam com as informações e relatos das mulheres. Descobriam porque muitas das ações de saúde realizadas não surtiam o efeito desejado por desconhecimento das regras e práticas culturalmente construídas, como mostra o relato de Juliana L. Martins, enfermeira de campo:

“Entendo o Encontro das Mulheres como um dos principais espaços onde a discussão precisa ser trabalhada. Sua importância vem do fato de ser um espaço já legitimado como ponto de expressão das mulheres. Daí, a expectativa de poder conhecer mais sobre o universo cultural que envolve tudo que se relaciona à infância, o papel das mulheres nesse contexto e como ele tem sido exercido, e poder conhecer mais acerca do que estas “cuidadoras” têm a colocar sobre questões tão importantes como a desnutrição...

...Toda essa discussão promovida com as mulheres de todas as etnias teve como principal importância a possibilidade de trazer a nós, profissionais da equipe, um pouco mais de conhecimento acerca de

questões culturais que se relacionam direta ou indiretamente com o nosso trabalho em saúde. Quantas vezes atuamos desconsiderando essas regras. A simples atitude de pegar um bebê no colo, como manifestação de afeto infringe uma regra que determina que a criança não pode ser tirada do colo da mãe. Na cultura *Suíá*, fazer cócegas nas crianças pode causar emagrecimento tanto da mãe quanto do filho. Para os *Yudjá*, cantar para as crianças não faz bem já que o bebê ainda não pode entender o que está sendo dito. No dia a dia, as famílias parecem ter certo receio em colocar aos profissionais da equipe essas restrições. Então, caberia aos profissionais das equipes locais nos sinalizarem a respeito dessas questões, o que não acontece. O que percebo, é que, em muitos momentos, por desconhecimento, nós passamos por cima dessas questões em nome da prevenção, qualidade de assistência, identificação precoce de riscos. Enfim, em nome da Saúde. Atropelamos não por falta de sensibilidade em considerar essas questões, e sim porque elas não são colocadas nem pelas famílias, nem pelos próprios profissionais indígenas. Isso traz a preocupação a respeito de como estamos guiando a atuação desses profissionais. De uma forma silenciosa, podemos estar alimentando sem querer uma postura negativa dos profissionais indígenas. O conhecimento dessas questões é fundamental para que a equipe de saúde possa atuar de forma respeitosa e também possa entender melhor o porquê de muitas atitudes e colocações. De outro lado, em muitos momentos nos assusta como algumas questões culturais tem sido “esquecidas”. Entendo o processo cultural como algo dinâmico, o que me tem feito preferir o termo próprio ao termo tradicional. Entretanto, algumas questões são muito fortes, porque estão na base da cultura. Essas, estão se perdendo” (Juliana L. Martins, enfermeira, Emsi/Unifesp/Dsei – Xingu).

### 12.4 Desafios

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que por sua vez apresentam-se como instância gestora para o apoio da organização da Atenção Básica, em que essa possui como princípio constitutivo o território definido pelo próprio usuário indígena, vem contribuindo de modo significativo para o aprofundamento da abordagem da saúde indígena, sob um olhar que pressupõe convivência, diálogo e construção de outra relação intercultural.

Quando mencionamos o conceito de relação intercultural na saúde indígena partimos da ideia da necessidade de uma compreensão e reconhecimento da diversidade de saberes e práticas entre culturas, entre os próprios indígenas usuários e dos profissionais de saúde em particular não indígenas tendo em vista os relatos de casos apresentados anteriormente.

No entanto, essa nova política de saúde indígena que vem se estruturando e consolidando nos últimos anos, se por um lado torna mais acessíveis os serviços de saúde e os recursos da tecnologia da biomedicina aos povos indígenas, por outro lado, impõe um ritmo mais acelerado de medicalização. A partir daí, muitas vezes ocorre que os sistemas médicos das sociedades indígenas se retraem e perdem credibilidade perante seus iguais. Os saberes e cuidados com o próprio corpo e com as crianças também têm se perdido, o que os torna, muitas vezes, reféns do sistema de saúde ocidental.

Não se trata de responsabilizar apenas o setor Saúde, já que, de maneira geral, os índios vêm mudando seu modo de vida de forma drástica nos últimos anos, seja pela limitação dos territórios, pelo sedentarismo, pela diminuição dos recursos naturais; seja pela introdução de novos costumes relacionados à alimentação, à disponibilidade de remédios, a mudanças na estrutura familiar, ao aumento do número de filhos, ao rompimento de tabus alimentares e dos ritos de passagem.

Outro desafio para implementação dessa política é a dificuldade de manter de forma contínua as equipes de saúde em área. O vínculo dessas equipes com os usuários indígenas tem sido fragilizado em função da ausência de uma política de recursos humanos, precariedade do vínculo trabalhista e alta rotatividade do pessoal de campo. Fato esse não muito distinto da realidade de parte dos profissionais de saúde que atuam em áreas não indígenas.

Não podemos ainda deixar de destacar a importância da ética no contexto da relação profissional de saúde-paciente. Há um limite muito tênue e para o qual devemos estar constantemente atentos: o limite entre uma ética pautada por valores etnocêntricos criados na nossa sociedade, e uma ética universal que nos remete à liberdade de uma cultura, de um povo, levando-nos a considerar sua soberania na tomada de decisões. O dia a dia nos obriga a tomar decisões muitas vezes difíceis, sobretudo quando pesamos todas essas questões.

Permeada por esses princípios, a ética pode ser construída pelo diálogo sensível e respeitoso. Devemos nos conduzir com a mais íntima disposição de apresentar as possibilidades que conhecemos sem desprezar as possibilidades e conhecimentos do outro; esclarecer o que sabemos sem qualquer barreira para ouvir e respeitar o que desconhecemos; informar o que podemos sem considerar que podemos tudo. Só assim nossas escolhas são livremente feitas e democraticamente elaboradas. O respeito nos torna iguais diante da ética.

Tem sido experimentadas várias estratégias no processo de implementação dos Dsei que com certeza podem auxiliar na qualificação da Atenção Básica.

Embora a atenção à saúde indígena necessite de um preparo muito especial dos profissionais, o Brasil é um país diverso culturalmente. Mesmo nas grandes cidades fundem-se e se transformam novos modos de viver e ser, nem sempre sintonizados com o conhecimento biomédico, com a classe social e a cultura dos profissionais de saúde. Portanto, o acúmulo da saúde indígena, quando

bem organizada, pode ser muito relevante para todos os profissionais da Atenção Básica, já que incorpora há algum tempo algumas diretrizes recomendadas para a organização da Atenção Básica, tais como atuação de base territorial com a necessidade de compreensão dos distintos modos de se caminhar a vida, adscrição da clientela a uma equipe de referência, interlocução constante com as instâncias de controle social, reconhecimento dos saberes tradicionais do cuidado com seu próprio corpo no sentido de poder construir a corresponsabilização do cuidado em saúde, seja no contexto de sua referência social, familiar e ou individual dentre outras.

A convivência com outros modos de pensar o mundo, outros modos de pensar a saúde e o adoecimento, nos oferece a possibilidade de reconstruir nossa prática, e a própria produção de saúde, em que a escuta, e o despir de preconceitos e paradigmas é fundamental para que se estabeleça o diálogo, tão caro à política de humanização. Além disso, a invenção de uma saúde indígena realmente capaz de se encantar e aprender com a diferença chama atenção para esse fato, muitas vezes submerso pela técnica: é impossível uma clínica de qualidade na Atenção Básica sem um encantamento pelas singularidades culturais de população adscrita, ou seja, a diferença.

### Referências

ARROYO, Miguel G. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. In: **Relatório Geral do 1º Fórum Nacional do PROFAE**, Brasília, 2003.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. [S.l.]: CEJUP, 1991.

JUNQUEIRA, Carmen. **Antropologia indígena**: uma introdução. São Paulo: EDUCPUC, 1991.

JUNQUEIRA, Carmen. **Diálogo inter-cultural**: uma aproximação baseado em palestra proferida no ciclo de palestras em comemoração dos 30 anos de trabalho da EPM. Xingu, 1995. (mimeo)

LANGDON, E. J. M. Percepção e utilização da medicina ocidental entre os índios sibundoy e siona no sul da Colômbia. In: **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. [S.l.]: Ed. CEJUP, 1991.

LANGDON, E. J. M. Breve histórico da antropologia da saúde. In: \_\_\_\_\_. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os siona no contexto pluri-étnico. Trabalho apresentado para o concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LANGDON, E. J. M. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos sion da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). **saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 115-141, 1994.

MENDONÇA, S. O Agente indígena de saúde no parque indígena do xingu: reflexões” In: **Parque indígena do xingu: saúde, cultura e história**, São Paulo: Terra Virgem, 2005.

MENDONÇA, S. **Relatório do IV encontro de mulheres xinguanas: saúde da criança”**, São Paulo: UNIFESP, 2007.

MENDONÇA, S. **Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução”**. São Paulo: UAB/Unifesp, 2009. Texto de Apoio, Disciplina de Antropologia, I Curso de Especialização em Saúde Indígena.

RODRIGUES, D. et al. **Atenção integral na saúde materno-infantil: um começo de conversa: texto de apoio**. Disciplina de Clínica, I Curso de Especialização em Saúde Indígena – UAB/Unifesp, São Paulo, 2009.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Afrontamento, 1991.

SCHAPER, M.; RODRIGUES, D.; OLIVEIRA, L. **Modelo assistencial no contexto intercultural: uma convergência de olhares**. São Paulo: UAB/Unifesp, 2009. Texto de Apoio, Disciplina de Clínica, I Curso de Especialização em Saúde Indígena.

13 A Problematização do Cuidado  
ao **Usuário** de **Álcool** na  
Construção de Práticas Clínicas e  
de Gestão na Atenção Básica –  
A Proximidade com Princípios e  
Diretrizes da Política Nacional de  
**Humanização**

Ricardo Sparapan Pena

Sérgio Resende Carvalho



A proposta deste texto é delinear alguns movimentos que constituíram uma intervenção orientada por princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), em um grupo terapêutico com usuários de álcool, num Centro de Saúde (CS) do Município de Campinas/SP. Esse CS é um serviço com quatro equipes de referência, situado numa região de grande diversidade sociocultural, que concentra a maior parte das indústrias do município, constituindo um local onde observa-se o convívio entre demandas clínicas, educacionais, trabalhistas, subjetivas, todas em um registro bastante intensivo, sendo que a relação do CS com a população moradora do território é de muita proximidade e vizinhança.

A intervenção, entendida como um ato político, baseou-se nos princípios da PNH, buscando analisar o modo como o personagem alcoolista é criado e como a denominação 'alcoolista' compõe com os usuários que a sustentam em suas vidas. Dentro disso, buscou-se a partir dessa compreensão, explorar o conjunto de forças que formam a base do encontro entre terapeutas e usuários no grupo, ativando um campo de experimentações no qual o que interessou foi dar passagem aos afetos calados e subsumidos à ordem alcoolista que envolvia todos os participantes.

Na posição de terapeutas responsáveis pela articulação do cuidado ao alcoolista na Unidade de Saúde, compreendeu-se que a ausência de protocolos para o atendimento desses usuários daria margem para a construção de uma história com personagens que tinham muitos fatos para contar. Ante essa ausência, o trabalho clínico produz o seu desafio: desviar-se tanto dos critérios assistenciais pautados na lógica da abstinência, como da negação do uso do álcool, escapando ao entendimento de que para o uso do álcool em qualquer escala sempre há uma medida, um procedimento, de preferência remediável e que cure aquilo que é socialmente entendido como um sério problema.

É desse modo que essa intervenção afirma a inseparabilidade entre clínica e política: buscando assegurar a vida como criação e invenção de si, isto é, orientada por uma clínica que produz suas próprias condições para exercitar-se, convocando usuários e trabalhadores para a construção de um espaço terapêutico que é dispositivo de análise das questões inerentes ao grupo e também da organização do processo de trabalho no serviço de saúde em rede, o que demarca o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, o qual a Política Nacional de Humanização (PNH) nos oferece como orientação para as práticas clínicas e de gestão.

Sendo assim, aliar a clínica à política, nesse trabalho, significa construir uma prática emancipatória, que produza novos saberes e “verdades” a partir das experiências cotidianas dos usuários e crie um espaço dialógico que pense o personagem alcoolista como aquele que tem vida para além do estigma que carrega, entendendo que a humanização das práticas em saúde afirma a singularidade como consigna para as suas ações. Isso só é possível no momento em que a intervenção produz novas condições de gestão da própria clínica, ao passo em que modelos de atendimento pautados na binaridade cura-doença são gradativamente desconstruídos,

ocorrendo simultaneamente à produção de vias de comunicação que diminuam a distância entre trabalhadores, gestores e usuários nas práticas no cotidiano.

Trabalhamos aqui com outro princípio da PNH: o da transversalidade, o qual nos diz que a humanização acontece imbricando-se com outras políticas de saúde, compondo com as diversas realidades da produção de saúde nos mais variados territórios. A transversalidade busca coletivizar a produção do cuidado, isto é, opera nas práticas clínicas sem separá-las da gestão e vice-versa, fazendo da humanização uma política capaz de ofertar diretrizes e dispositivos que qualificam a produção do cuidado na medida em que, por meio da construção de espaços coletivos de gestão compartilhada e ampliação da clínica, torna possível a análise das situações que engessam os serviços e reduzem significativamente a autonomia dos sujeitos nele envolvidos.

### **13.1 A Intervenção Ativando o Protagonismo dos Trabalhadores**

A Política Nacional de Humanização, como dito anteriormente, nos oferece um conjunto de princípios e diretrizes que nos servem como orientações para as práticas clínicas e de gestão. Tais princípios também são inseparáveis entre si e torna-se difícil fazer uma espécie de distinção entre os mesmos.

Porém, ainda tratando do princípio de inseparabilidade entre atenção e gestão, a intervenção aqui em análise busca, em seu processo, desvelar o modo como esse grupo terapêutico se deu, criando redes por dentro e fora do serviço.

Entendendo que o uso do álcool pelos usuários do Centro de Saúde sempre foi visto pela equipe como um sério problema e que havia grande consumo da bebida na região, o desassossego diante dessa questão fez com que os terapeutas (psicólogo e terapeuta ocupacional) se transformassem em verdadeiros caçadores de estratégias para que algo fosse feito.

Em um primeiro momento, pensou-se em fazer um levantamento desses casos na unidade e convidar as pessoas para uma conversa sobre o assunto.

Essa questão foi levada para a equipe do CS e, o que já era visto como um problema, tornou-se ainda maior: como abordar os usuários não sendo invasivos e sem revelar aqueles que, de alguma maneira “delatavam” quem eram tais personagens?

Não havia nesse momento como recorrer a qualquer solução sem que algo fosse pensado em conjunto com a equipe. Em conversas com auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, percebeu-se a dificuldade que os mesmos sentiam perante um tema tão difícil de ser abordado e a equipe se dava conta de sua própria impotência. Mesmo assim, apontou-se no serviço de saúde a necessidade de algo a ser feito.

O momento de tal apontamento nos remete ao pensamento em torno da clínica. A composição de um espaço que abordasse os usuários de álcool poderia apenas responder a uma necessidade

do serviço. Porém, para sair desse lugar comum, buscou-se pensar essa intervenção com a equipe – não com toda, pois isso seria muito difícil, mas com os possíveis, com aqueles que nesse momento podiam estar próximos.

Sendo assim, discutiu-se coletivamente essa necessidade, olhando para aquilo que a equipe tinha em mãos até o momento: uma multiplicidade de demandas sendo atendidas individualmente. O possível nessa hora era debruçar-se em torno de como fazer, partindo do pensamento de que a teoria se construiria também na prática, por meio do encontro com os personagens com os quais o serviço buscava contato.

Entendeu-se que buscar o contato com os usuários de álcool diferenciava o CS em relação ao modo como na maioria das vezes, o início de algumas intervenções acontece, ou seja, não se esperou que os mesmos procurassem o serviço aleatoriamente.

O mergulho inicial nessa problemática já dava contorno ao atravessamento da questão na equipe e nos terapeutas diretamente ligados ao grupo, pois já se entendia que as inquietações acerca do alcoolismo para a imersão nesta temática: os terapeutas sentiam-se como sóbrios em busca do estado ébrio do outro, pois o envolvimento com a questão do uso do álcool, nesse momento, provocou a desconstrução dos modos protocolares de atuação na saúde como cartas convocatórias, p.ex., os fazendo pensar que a dificuldade colocada para que se encontrassem com os personagens era fruto do especialismo cravado em suas práticas.

Então, para comporem uma história com esses usuários, os terapeutas colocaram em suspenso as suas histórias no campo da saúde, não as desconsiderando, mas buscando visualizar os enunciados que as construíram e as possibilidades de desvio em suas práticas concebidas até então.

### **13.2 Eles Estão Chegando: os Personagens**

Logo após o anúncio de um grupo com os usuários de álcool na região do Centro de Saúde, a notícia de que esse espaço seria ofertado se espalhou pela comunidade. Muitas pessoas apareciam e diziam que conheciam alguém como um parente, um vizinho ou um amigo que precisava de auxílio.

Através da notícia que corria pela comunidade, os terapeutas foram surpreendidos quando um dos tão procurados personagens apareceu, como resposta à oferta colocada pelo CS. Nessa hora, ficou claro que não era possível perder a oportunidade de iniciar uma história de cuidados aos usuários de álcool no Centro de Saúde. Foi marcado um dia para que esse senhor voltasse ao CS para conversar.

O tal dia chegou. E junto desse personagem, vieram mais quatro pessoas. Existia agora o esboço de um grupo e uma grande preocupação em fazê-lo “vingar” na Unidade de Saúde.

Mas, o que fazer? Nesse processo, a preocupação maior residia em evitar um olhar sobre o corpo 'alcoolista' baseado em respostas racionais que, em muitas vezes, podem deixar de lado o que o usuário pensa.

Os terapeutas rearranjaram seus horários de trabalho e combinaram as segundas-feiras pela manhã como o espaço para o início desse trabalho.

Aos poucos, as histórias foram chegando e algo os tomava como incertezas. Inicialmente o grupo conversou sobre os horários em que mais bebiam, quais as vantagens e desvantagens do uso do álcool, quais as maiores dificuldades já enfrentadas por conta desse uso e o pensamento no grupo fluía de maneira incômoda, pois o contorno dado à questão caminhava para a problematização do uso da bebida como uma captura que não permitia que as pessoas conseguissem explicar para si próprias o que as levava para o álcool.

Por conta disso, pensou-se na produção de uma linha de cuidado para aqueles que eram atravessados pela questão do alcoolismo, entendendo que para tais sujeitos o que os levou até o CS foi a demanda por uma parceria que os auxiliassem a dar espaço para outros afetos que pediam passagem em seus corpos. Entender o alcoolismo como um elemento que compõe com a vida dos usuários é vê-lo de modo diferenciado em relação à doença; é vê-lo de acordo com as possibilidades atuais que o corpo encontra para a sua subsistência e como um canal que liga o sujeito com outros fatos da vida. Sendo assim, o trabalhador, o pai, o marido, a esposa, entre outros modos de ser também se faziam presentes nas vidas desses usuários. Não se trata de buscar a essência de cada um, mas sim de abrir passagem para a experimentação de outros modos de ser que batiam à porta de suas vidas e que, de certa maneira, estavam sufocados por todas as demarcações existentes em torno do alcoolismo.

Desse modo, a experiência com o atendimento aos usuários de álcool no Centro de Saúde fazia uma tentativa de problematizar a vida e os processos que a constituem, posicionando o álcool como mais um elemento de experimentação, não centralizando seu uso unicamente como uma patologia, mas sim como um elemento agregador de afetos e também facilitador de encontros, elemento esse que não necessariamente demarcava a embriaguez como o único território a ser habitado pelo personagem alcoolista, mas como mais um modo de ser também dentro de outros possíveis encontros, de outras formas de ver o mundo, de se relacionar com os problemas e com as alegrias da vida.

Os encontros que aconteciam às segundas-feiras pela manhã se constituíam, em linhas gerais, em um dispositivo facilitador da exposição de ideias e dos diversos modos como essas se constroem, levando em consideração o que é possível viver por intermédio do uso do álcool, na relação dos corpos com o mesmo, sem a preocupação de apenas alertar sobre os malefícios de uma prática tão socialmente construída.

As histórias que circulavam por esse grupo mostravam claramente quais são as principais questões e incômodos que envolviam os participantes e como, por meio de seus movimentos no coletivo, o personagem alcoolista se cria, dando margem às diversas interpretações sociais, principalmente às mais carregadas de sentidos pejorativos e não correspondendo às vivências trazidas por essas pessoas.

E embuídos de muita curiosidade nesse encontro, os terapeutas buscavam outro conceito para este trabalho: o grupo sujeito (GUATTARI, 2004), o qual não funciona determinado por regras ou leis exteriores a si ou por subordinação ao imperativo, p.ex., das práticas corporativo-centradas. É um tipo de grupo que cria a sua linguagem, coloca em análise como produz a sua subjetividade, constrói mecanismos para a sua própria gestão buscando desviar-se de processos totalizantes e burocratizantes, criando autonomia por meio da abertura para a multiplicidade concernente a vida. E foi se construindo conforme o grupo agia, produzindo parcerias para a construção de outros planos sensíveis de entendimento da vida.

Enfocou-se a construção da clínica na relação entre usuários e terapeutas, criando bases para que o especialismo criado em torno da Psicologia e da Terapia Ocupacional se desterritorializasse no campo da Saúde Coletiva, fazendo com que os saberes em torno dessas disciplinas fossem instrumentos para a construção de uma intervenção baseada no que se passa entre usuários e terapeutas. Assim, qualquer atividade que emergia no grupo sempre objetivava construir canais que possibilitavam a exploração da potência dos corpos.

No interstício da clínica produzida nesse espaço, trabalhou-se com um conceito de grupo capaz de analisar os movimentos presentes na construção do corpo alcoolista.

Sobre os conceitos utilizados na prática clínica, Passos e Barros (2000), colocam que

Não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade. Neste sentido, eles nos chegam como ferramentas. Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar (PASSOS; BARROS, 2000, p.77).

Pensando nisso, a utilização de um dispositivo grupal agregou pessoas que procuraram o CS se sentido “desocupadas”, “sem motivação para a vida”, “vivendo num marasmo”, “sempre fazendo a mesma coisa”. O uso da bebida alcoólica foi aparecendo nas entrelinhas dos papéis assumidos por essas pessoas. Algumas falas revelaram o início do uso a partir do trabalho, das decepções amorosas, das vivências com algumas complicações fisiológicas, dos problemas familiares, da história de vida através da criação que os pais deram, entre outros aspectos.

Para os terapeutas, entrar em contato com essas histórias os diferenciava de si mesmos, colocando mais ainda em suspenso tudo aquilo que foi adquirido durante a formação para não reproduzir

visões cristalizadas sobre o alcoolista, dando lugar para a invenção de um sujeito autônomo, o que os forçou a estender o *setting* para além do grupo, sempre evidenciando a criatividade e a ampliação do potencial de comunicação dos sujeitos envolvidos para a produção de outros espaços de habitação.

Desse modo, o entendimento do processo que inseriu a bebida alcoólica nessas vidas aconteceu para além das reuniões semanais. O acompanhamento do cotidiano desses “personagens da vida real” se fez também por meio dos dispositivos criados pelos mesmos para provocarem encontros, onde puderam cuidar de questões com problemas financeiros, desajustes familiares e nesse mesmo rumo, também propiciaram o “resgate” de alguns participantes que se ausentavam dos atendimentos por algum período. Vale lembrar aqui que outros arranjos do Centro de Saúde não precisaram necessariamente ser acionados, como as visitas domiciliares, por exemplo. Assim, elementos do cotidiano como os almoços, as pescarias, as caminhadas nos serviram como dispositivos que compunham com a produção subjetiva, utilizando recortes de vivências do coletivo, os transformando em agentes terapêuticos. Mas com um detalhe: em alguns momentos, sem a participação dos terapeutas.

A ideia do coletivo como terapêutico foi útil porque dele extrai-se a potência dos encontros, o que favoreceu o acionamento de outras maneiras de trabalhar com a questão do álcool sem demarcar o cognitivo como o lugar de aprendizagem sobre a vida. Então, partindo do plano da construção do desejo, viu-se que as prioridades estabelecidas na vida em algumas vezes se davam descoladas de seu entendimento, ou seja, o sintoma se criava porque algo no corpo pedia passagem para se expressar. O uso do álcool para esse grupo acontecia de acordo com uma resposta social ao apelo desejante, expressando mais um aprisionamento do que uma saída para os tais problemas referidos. Nessa ótica, uso e abuso como sintomas nos davam à ideia de que era preciso abafar o enfrentamento com o mundo e a fronteira entre a potência do corpo e os entraves da vida era ocupada pela embriaguez.

### **13.3 Coletivo-Encontro: o Almoço, a Bebida... O Protagonismo dos Usuários**

Aos terapeutas chegou um pedido: trazer de volta para o grupo aqueles que desapareceram.

Mas como? Simplesmente indo até suas casas e os chamando de volta? O grupo não viu potência nessa ideia, pois para isso seria preciso acionar os agentes de saúde do CS e solicitar as visitas domiciliares. Porém, utilizando-se da fonte de ideias que emergia, o grupo partiu para outros caminhos um pouco menos convencionais ou protocolares.

Pensou-se em jeitos, formas e a ideia surgiu da invenção: um almoço; proposta de um dos integrantes do grupo. E partiu-se para a organização do mesmo.

O cardápio se definiu rapidamente, o local seria a casa mais bonita dentre as de todos os participantes e, claro, como principal atrativo: a bebida.

E na data e hora marcadas, sem os terapeutas presentes, o cozido de carne e a bebida alcoólica se fizeram presentes. Sobre muito se falou ali. Sobre muito também se aprendeu. Segundo os relatos dos participantes, foi uma tarde de domingo inteira agregando, confraternizando, buscando de volta para o grupo aqueles que os participantes apontavam como necessário; uns poucos, mas importantes para a sustentação da ideia de que é possível beber e produzir alguma coisa, existir de outra forma, e não exclusivamente para a embriaguez.

Na manhã seguinte, chega a segunda-feira, dia de encontro do grupo. Todos ali estavam, inclusive os faltantes. Conversou-se muito sobre o evento percebeu-se o quão potente foi a estratégia criada pelo grupo, sem as necessárias intervenções tradicionais das quais poderiam ter lançado mão da maneira protocolar já mencionada.

Outros eventos ocorreram, como as pescarias, as caminhadas, os passeios por lugares desconhecidos e o grupo foi dando vazão à sua potência criativa. Aqui, vê-se com mais clareza como os dispositivos atuam na complexidade dos processos de subjetivação no coletivo.

### **13.4 No Seio do Envolvimento, a Relação Entre Usuários e Terapeutas**

O envolvimento com a prática clínica situa o trabalhador na fronteira entre o que se via instituído na Unidade de Saúde (atendimentos individuais) e o que estava por vir através da intervenção. Ser terapeuta nesse grupo foi encarar o inesperado, o desconhecido; foi trabalhar buscando dar visibilidade às linhas de um mapa que insistia em criar novos caminhos para chegar a outros planos de compreensão sobre a demanda trazida pelos usuários de álcool.

Organizar um espaço onde a análise dos fluxos que atravessavam o corpo alcoolista destitui o trabalhador do especialismo de seu núcleo profissional e das representações sobre o que é considerado bom e necessário para a vida.

Nesse plano de fuga das representações em torno do uso do álcool, a intervenção foi a todo momento um movimento de produção subjetiva tanto para os usuários como para os terapeutas, porque mais do que criar uma oferta, tal plano proporcionou a produção de algo diferente do que já acontecia anteriormente na vida dos participantes.

Através da leitura de polifonias e sons expressos neste grupo foi possível vivenciar o lugar do 'entre' na prática. Entre profissionais, entre usuários, entre território, entre serviço de saúde, entre modos de gestão, dentro do processo de trabalho, dentro e fora da especialidade Saúde Mental. O 'entre' é o lugar provocado pela intervenção e, quando mergulhados nela, é possível se atravessar pelo modo de ser e pela demanda do outro, o que disparou o início de uma cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 1995) desse plano de atuação, onde buscamos na heterogeneidade de um grupo fortemente engajado em sua composição com o coletivo, não fazer o retrato fiel do que acontecia com o grupo, mas sim desvelar as linhas que abriam passagem para a transformação dos usuários por intermédio da multiplicidade inerente à vida.

Esta cartografia procurou olhar para o que acontecia no encontro entre usuários e terapeutas, desmontar todas as certezas que dizem como deve ser o 'tratamento' para o uso do álcool, ressignificando os modos de atuação e prática clínicas a partir do que é vivido nesse encontro.

### **13.5 Algumas Considerações Finais**

Em torno das discussões sobre a clínica, nos deparamos com a discussão sobre a autonomia e a tutela que as equipes prestam aos usuários, discutindo muito pouco as dimensões do cuidado. Na quase ausência dessa discussão, torna-se difícil a construção do trabalho e facilitada a manutenção de práticas hegemônicas que reproduzem os entraves institucionais.

Nessa tônica, o olhar para a clínica acerca do uso do álcool torna-se também um exercício de coprodução de saberes e subjetividades na relação do trabalhador com o usuário.

Toda tecnologia de trabalho está encarnada no corpo do trabalhador, construída em um processo. Assim, em relação com as pessoas atendidas nesse grupo, terapeutas e usuários tornam-se juntos capazes de construir linhas de fuga para o sintoma, deixando-se afetar pela história do outro, criando intervenções para além do procedimento, para além da consulta e do exame, observando a materialidade dos encontros a partir da autonomia produzida pelo grupo, transformando o sintoma em ações de cuidado e novos saberes.

Entende-se que sempre há poder contido na prática clínica e nos afetamos por ele em nossos encontros. Mas essa prática, se única e exclusivamente guiada por protocolos, está impedida de se inventar e se reinventar.

Nesse contexto, quando é pactuado com o grupo o experimento de sua potência, destrincha-se a sua demanda para observar o processo que a constrói. Assim, é possível desmitificar ideias como 'a bebida ser inerente às desgraças da vida', fazendo uma conexão entre o uso da bebida e seu poder disparador de afetos, tanto rotuladores como agregadores.

E é no interstício do uso do álcool que foi possível cartografar potências e limites, onde se reconhece quais os movimentos da vida que são suportados por meio do consumo da bebida e qual é o momento onde o sujeito consegue dizer para si mesmo que deve parar. É no desconhecimento dos enunciados que constroem o alcoólatra que entendemos porque algumas práticas clínicas colocam o uso da bebida como repetitivo, incansável e perturbador. Essa cegueira não é eficaz para mobilizar os sentidos que os usuários expressam frente ao uso. O álcool situa-se como um veículo utilizado pelo sujeito para vivenciar as suas atribuições pela vida. Porém é necessário estabelecer, na clínica, que determinadas atribuições nem sempre devem ser consideradas mortíferas ou impossíveis de serem suportadas. Aqui reside o movimento inventivo da clínica: a criação de outros sentidos para a vida.

E clínica, sempre se situa em um espaço fronteiro. Nesse campo, de desestabilização, sujeitos e terapeutas compõem uma nova regra, um novo jogo, o qual envolve a quebra das certezas

perante os estados apenas potencializáveis pelo álcool, mas conciliáveis com ele, o que revela a potência do exercício clínico. Passos e Barros exemplificam este exercício nos dizendo que “Este compromisso clínico só se faz pondo em questão nossos especialismos, o que exige de nós a busca de estratégias eficazes contra o conservadorismo de imagens identitárias” (PASSOS; BARROS, 2001, p. 04). Uma ideia que nos impõe, cada vez mais, o desafio de inventar e operar com dispositivos que busquem redefinir os espaços de relação entre os sujeitos e que ampliem modos de produzir saúde.

### Referências

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e gestão de coletivos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CARVALHO S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

CARVALHO S. R.; Cunha G. T. Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: Editora Fiocruz, p. 837-868, 2006.

DELEUZE G. **O Abecedário de Gilles Deleuze**. [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/7134415/o-Abecedario-de-Gilles-Deleuze-Transcricao-Completa>.> Acesso em: 25/06/09.

DELEUZE G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, v. 1, 1995.

DELEUZE G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34; v. 3, 1996.

DELEUZE G. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

DELEUZE G.; PARNET C. **Diálogos**. 4. ed. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

EIRADO A.; PASSOS E. **A cartografia como dissolução do ponto de vista do observador**. [S.l.]: UFF; 2008. Mimeo.

- ESCÓSSIA L.; KASTRUP V. O conceito de coletivo como superação a dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a17.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2008.
- FOUCAULT M. Sobre a história da sexualidade. In: Machado, R. (Org.). **Microfísica do poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 243-276, 1999.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 14<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**: ensaios de análise institucional. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- MERHY EE. **O Conhecer militante do sujeito implicado**: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. [S. l.], 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2009.
- PASSOS E.; BARROS, R. D. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.
- PASSOS E.; BARROS, R. D. B. **A Construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. [S.l.], 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>> Acesso em: 25 maio 2009.
- PENA, R. S. **Saúde mental atravessada**: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas. Dissertação de Mestrado. Campinas: Unicamp, 2009.
- ROLNIK, S. **Uma insólita viagem à subjetividade**: fronteiras com a ética e a cultura. [S. l.: s. n., 200-?]. Disponível em: <<http://caosmose.net/suelyrolnik/textos/sujeticabourdieu.doc>>. Acesso em: 13 jun. 2009.



# 14 Núcleo de Apoio à **Saúde da Família**

---

Texto publicado em: Brasil. Min. da Saúde. SAS. DAB. Caderno de Atenção Básica, n. 27, 2009.

Rosani Pagani

Gustavo Tenório Cunha

Tereza Martins

Adriana Miranda de Castro

Olga Vânia Matoso de Oliveira



### Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do Sistema de Saúde Brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, publicada em 4 de Março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade da mesma, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

A referida portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF.

Um aspecto chave no processo de trabalho dos profissionais, e a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe SF devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nesta relação entre gestor, equipe de SF e equipe do NASF deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador; ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Esta é uma tarefa importante dos gestores. Devem-se estar atentos também a:

- Explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de SF e o trabalho em conjunto com as mesmas; identificar as possíveis co-responsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto.

A rigor, as equipes do NASF terão dois tipos de responsabilidades: sobre a **população** e sobre a **equipe de SF**. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe. Exemplo: um indicador

importante do resultado do trabalho de apoio de um psicólogo a uma equipe de SF é a diminuição de pedidos de encaminhamentos (melhor designados agora como **compartilhamento**) de transtornos de ansiedade. Estes indicadores de resultados na população e na equipe devem ser constantemente acompanhados e, se for o caso, reprogramados. Ou seja, a maior parte dos indicadores de resultado ajustados com equipes e com os profissionais do NASF são transitórios.

Podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos:

- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família;
- Vincula-se a um número de equipes de saúde da família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- A equipe do NASF e as Equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

### 14.1 NASF: Princípios e Diretrizes Gerais

A **integralidade** pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASFs. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Na implantação da proposta do NASF há que se estar atento ao risco da fragmentação da atenção. Se incorporar abordagens disciplinares variadas pode adicionar qualidade ao atendimento, isso também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde. O conceito de atenção integral pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Mas isso implica em modificação profunda dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes.

É consensual que a amplitude da prática da integralidade exija que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca de outras possibilidades, ou seja, a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais. Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção assim como ações curativas e reabilitadoras.

Outro conjunto de sentidos para a integralidade está baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde de forma orientada pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentendem a captação das várias nuances que envolvem a atenção à saúde. Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASFs deverão atuar em conjunto com as equipes de saúde da família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, com reflexos óbvios no processo de trabalho das equipes de SF. Como o de Território, Educação Popular em Saúde, Interdisciplinaridade, intersectorialidade, Educação Permanente em Saúde, Humanização, Participação Social, Promoção da Saúde.

### 14.2 NASF: Processos de Trabalho

O NASF organizará o seu processo de trabalho, com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de:

- a) **Atendimento compartilhado** para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os

profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, *e-mail*, etc;

- b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias**, com discussão e negociação a priori com os profissionais da Equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias. E quando ocorrer, continuar mantendo contato com a Equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade;
- c) Ações comuns nos territórios** de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do NASF, algumas considerações devem ser feitas, como já colocado anteriormente, as metas a serem estipuladas para os profissionais do NASF dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. Como as equipes do NASF terão dois focos de responsabilidade, população e equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe.

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade, relativas ao processo de trabalho dos NASFs, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por áreas estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/ Saúde integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição. Existem também ações que são comuns a todos os membros da equipe NASF, conforme mostra o quadro a seguir.

- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASFs por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, *folders* e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as equipe de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASFs;
- Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas, que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASFs do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

### **Quadro 1 - NASF: Atribuições Comuns aos Diversos Membros da Equipe**

Fonte: (Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.)

Dentro de tais perspectivas, o processo de implementação do NASF implica na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento **em equipe (NASF)** e entre

equipes (NASF e Equipe SF). Com reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, dentre outros.

### 14.3 Ferramentas Tecnológicas para o NASF

Para o apoio ao desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas podem ser enumeradas, das quais são exemplos: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio.

A seguir será explicado sucintamente as ferramentas:

- Apoio Matricial: os profissionais irão compartilhar os seus saberes para que as Equipes SFs, sob sua responsabilidade, sejam capazes de resolver os problemas mais comuns; o Apoio tem duas dimensões:
- Dimensão assistencial: é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
- Dimensão técnico-pedagógica: é aquela que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.
- O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial se necessário. Podendo ser estruturado através dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis e avaliação;
- Projeto de Saúde no Território: é uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.
- Clínica Ampliada: tomar a **saúde** como seu **objeto**, considerando o risco do sujeito em seu contexto.
- Tem como **objetivo** produzir saúde e ampliar o grau de **autonomia** das pessoas. Realizar a avaliação **diagnóstica** considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito e definir a **intervenção** terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde. (PNH/MS)

- Pactuação do Apoio em duas dimensões:
- Construção do Projeto do NASF em conjunto com os Gestores, Equipe SF e Controle Social e;
- Pactuação do processo de trabalho do NASF entre Gestores, Equipe SF e NASF

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão e constituição de uma rede de cuidados. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo.

# 15 **Fitoterapia** na Atenção Básica: **Novas** **Possibilidades** de Diálogo

Maria Esther Vilela



As plantas medicinais são consideradas o recurso de saúde mais antigo da humanidade<sup>1</sup>, tendo papel importante no cuidado em saúde.

No Brasil, país que detém a maior parcela de biodiversidade (em torno de 15 a 20% do total mundial de toda a flora planetária), a fitoterapia é uma prática comumente usada pelas comunidades para resolução dos problemas cotidianos de saúde.

Além de ter comprovação científica quanto aos efeitos terapêuticos (70% do uso popular de plantas medicinais é confirmado cientificamente), a fitoterapia é parte da história e da vida das comunidades, constituindo conteúdo importante da cultura popular. Este saber, passado de forma oral através das gerações, tem como base o conhecimento empírico.

Por ser fundamentalmente um conhecimento de domínio popular, é uma prática que necessariamente convoca os profissionais de saúde a dialogar com outros saberes e poderes.

A fitoterapia é a base do que “o povo sabe sobre cuidados de saúde”, estando presente de forma viva entre os usuários dos serviços.

Ela pode ser um dispositivo de compartilhamento das formas de cuidado em saúde: aquela dos profissionais e aquela das comunidades, valorizando essa última como um saber legítimo, reduzindo as assimetrias de poder, conferindo aos usuários o papel de cuidador e provocando neles, nos ambientes dos serviços de saúde, a sensação de competência, uma identidade maior com o saber cuidar em saúde.

Porém a implantação da fitoterapia na atenção básica tem alguns desafios.

Apesar dos serviços de saúde desejarem a corresponsabilização das pessoas no cuidado, existe certa restrição quando este protagonismo dos usuários foge da lógica dos profissionais.

Percebe-se que na maioria dos serviços há uma atitude negativa dos profissionais quanto ao uso de plantas medicinais.

São muitos os relatos de usuários repreendidos durante consulta médica ao dizer do uso de chás caseiros, emplastos, banhos ou outras formas de tratamento com plantas medicinais. Comentários pejorativos, muitas vezes infundados, reafirmam as relações de poder pautadas no desprezo de formas diferentes de saber.

Além do desconhecimento sobre o valor terapêutico das plantas, há a dificuldade de manejo clínico da fitoterapia, produzindo insegurança e descrédito quanto ao seu uso.

A introdução desta prática de saúde na atenção básica, portanto, é um convite aos profissionais de saúde a uma abertura, um diálogo com o diferente, um aprendizado de algo que é também de domínio de outros, para compartilhar saberes e poderes, unindo o conhecimento científico ao saber popular.

É uma prática fundamentalmente multiprofissional que estimula o trabalho em equipe. Valorizar o saber das comunidades, incentivar práticas de cuidado com plantas medicinais, confirmar e orientar o uso de remédios caseiros, prescrever fitoterápicos para os diversos problemas de saúde, incentivar a confecção de hortas caseiras, promover atividades de educação em saúde com foco na valorização e preservação do meio ambiente são algumas das ações de uma equipe dentro de um programa de fitoterapia.

A fitoterapia traz elementos para ampliação da clínica, pois é uma abordagem que vai para além do medicamento, estimulando outras formas de compreender as doenças e os processos de cura.

Um fitocomplexo, como é chamado o medicamento de plantas medicinais, possui muitas possibilidades terapêuticas, tocando os níveis orgânico e psíquico de uma forma diversa dos medicamentos sintéticos industrializados.

Relatos positivos surpreendentes do uso de fitoterápicos são encontrados nos serviços que já trabalham com esta abordagem, como o que se segue:

Em um serviço de saúde de PSF a equipe resolveu enfrentar o desafio de reduzir o uso já crônico de benzodiazepínicos pela população. Foi confeccionada tintura composta de algumas plantas sedativas/ansiolíticas e ofertada aos pacientes como opção de uso.

Houve uma surpresa ao se constatar grande adesão da maioria dos usuários ao medicamento fitoterápico. Um deles disse o seguinte:

*“ Quando eu usava o outro remédio eu dormia, mas quando acordava os problemas estavam do mesmo jeito. Agora com este remédio de plantas eu também durmo, mas o mais importante é que ele me ajudou a ver os problemas de um outro jeito!”*

Os resultados superiores do fitoterápico em relação à medicação anterior podem ter várias explicações: culturais, simbólicas, farmacológicas, econômicas, devendo ser motivo de estudo e pesquisa com intuito de contribuir para a ampliação das opções terapêuticas.

O que a equipe de saúde notou, a partir do início do programa de fitoterapia, foi o uso maior de chás e outras formas de preparação de plantas medicinais de iniciativa da própria população. A conversa sobre plantas passou a ser um motivo de troca e de aumento da autoestima das pessoas.

O tratamento com fitoterapia estimula no usuário possibilidades de introduzir na sua vida hábitos alimentares saudáveis, pois o limite entre o que é comida e o que é planta medicinal é

muito tênue. Inhame, couve, mamão, salsaparrilha, alho, são exemplos que ilustram a máxima de Hipócrates: “Faça do seu alimento o seu remédio e do seu remédio o seu alimento”.

Além do mais, todas as pessoas conhecem alguma planta medicinal e em algum momento da sua vida tomaram um chá para algum problema de saúde. Dialogar com as pessoas sobre plantas medicinais é estimular a sua condição de sujeito na relação. Nesse diálogo, emerge o sujeito histórico e cultural, capaz de evocar o conhecimento de gerações e a força curativa contida no legado das plantas aprendidas com seus ancestrais. É tornar vivo o corpo da comunidade a que todos pertencemos, pois no conhecimento sobre plantas medicinais encarnado em cada sujeito está a história coletiva de uma comunidade.

Portanto a fitoterapia também pode fomentar a saúde de uma comunidade: sua cultura, seus costumes, sua história, sua capacidade de se responsabilizar!

É um bom começo de uma consulta a pergunta: “*o que você já está fazendo para este problema?*” Nesta abertura para o diálogo poderá aparecer o que são os saberes e as possibilidades que uma comunidade constrói para lidar com os desafios do cuidado em saúde.

Este aspecto é citado na Portaria nº 97114, quando diz que a fitoterapia “incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social”.

Quanto aos custos para o sistema de saúde, os programas de fitoterapia existentes evidenciam uma redução de gastos, não só pelo custo menor das preparações fitoterápicas quando realizadas nas “farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos<sup>2</sup>”, mas pela tendência de redução do uso de medicação desnecessária que acontece quando se implanta um programa de fitoterapia. A discussão sobre plantas medicinais em uma comunidade pode resgatar a competência da comunidade para o cuidado em saúde, diminuindo a dependência e o uso abusivo de medicamentos sintéticos.

Para além da prescrição de medicamentos fitoterápicos, a implantação da fitoterapia na atenção básica de saúde pressupõe a realização de atividades coletivas como rodas de conversa com usuários, oficinas de remédios caseiros, espaços para trocas de conhecimento e grupos de estudo, mutirões para confecção de xaropes e outras fórmulas simplificadas, fomento de hortas caseiras, identificação dos raizeiros locais e valorização desses perante a comunidade e a equipe de saúde.

Estas ações têm o poder de transformar a relação entre profissionais de saúde e comunidade, fomentando trocas solidárias e superando as relações de dominação, avançando no sentido de que este processo leve à democratização do saber, que não é atribuição exclusiva de ninguém e que deve ser, portanto, valorizado em suas diversas formas e usado em benefício de todos.

<sup>2</sup> PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – Ministério da Saúde, 2006.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais**: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Alma Ata 1978**: cuidados primários de saúde: relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília, 1979.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consejo Ejecutivo. **Medicina tradicional y asistencia sanitaria moderna**: foro mundial de la salud. *Revista Internacional de Desarrollo Sanitario*, v. 12, n. 1, p. 120, 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva, 2002.

PROGRAMA Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Brasília, 2007.

ROSA, Caroline; CÂMARA, Sheila Gonçalves; BÉRIA, Jorge Umberto. **Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], n. 0863, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2732](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2732)>. Acesso em: 07 jun. 2010.



# 16 **BH Vida**: Pensando a Implantação da **Estratégia de Saúde** da Família Na Cidade de Belo Horizonte, Passados **10 Anos**

---

Texto inédito, não há conflitos de interesses. Os autores foram coordenadores da implantação do Programa BH Vida (estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte), no período de maio de 2000 a setembro de 2002.

Carlos Alberto Gama Pinto

Ivan Batista Coelho



### Resumo:

A experiência de implantação do BH Vida: estratégia de saúde da família da cidade de Belo Horizonte se deu entre os anos 2000 e 2002, mas não tínhamos escrito nada ainda a seu respeito. Agora, a convite da Coordenação da Política Nacional de Humanização (PNH), optamos por contar nossa história sobre a implantação do programa em Belo Horizonte. Gostaríamos de reconhecer aqui a inclusão, na autoria e coordenação do projeto que descrevemos, de vários colegas que, junto conosco, participaram desse momento tão interessante.

Maio a dezembro de 2000	implantação do PACS (2625 agentes comunitários de saúde)
Janeiro a dezembro de 2001	discussões para implantação das Equipes de Saúde da Família
Janeiro a setembro de 2002	implantação de 456 equipes de Saúde da Família

### **Quadro 1 – Cronograma da Implantação do Programa BH Vida**

Fonte: (Autoria Própria).

### Palavras-chave:

Saúde da Família. Atenção Básica (primária). Gestão e Planejamento. Implantação. Narrativa.

### 16.1 Das Ações Programáticas de Saúde à Estratégia de Saúde da Família

A tradição de investimento na atenção primária em Belo Horizonte remonta pelo menos há três décadas. Há aproximadamente dez anos, por ocasião do início da implantação da estratégia de saúde da família, a cidade dispunha de uma robusta rede de atenção primária que contava com mais de 130 unidades básicas de saúde, nas quais trabalhavam aproximadamente 840 médicos (clínicos, pediatras e gineco-obstetras), cerca de 200 enfermeiras, mais de 1000 técnicos de enfermagem e uma vasta gama de outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos das áreas administrativas e outros. Estas unidades estavam distribuídas pelos nove distritos sanitários da cidade e contavam todas com gerência local selecionada entre os técnicos de nível superior em saúde concursados da Prefeitura de Belo Horizonte.

Do ponto de vista da organização das atividades e do trabalho nas unidades, todas as unidades da rede contavam com clínicos, pediatras e ginecologistas e os programas tradicionais sugeridos pelo Ministério da Saúde (puericultura, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose) funcionavam adequadamente na maioria delas. Indo além, Belo Horizonte havia implantado alguns outros programas que serviram de referência para o País. Entre eles, vale a pena mencionar o programa “criança que chia” que procurava vincular todas as crianças asmáticas à rede básica, onde recebiam cuidados de profissionais que foram especialmente capacitados para lidar com este problema, além do fornecimento gratuito dos medicamentos necessários. Outro programa que se encontrava implantado na cidade procurava garantir em hospitais predeterminados o parto das gestantes que faziam pré-natal na rede básica de saúde.

Mesmo com esta infraestrutura, de fazer inveja à maioria das cidades brasileiras, a insatisfação popular com a atenção à saúde era muito grande, sendo uma das piores áreas de atuação da Prefeitura de Belo Horizonte na avaliação da população. As unidades de urgência se encontravam permanentemente superlotadas com pacientes que poderiam ser atendidos pela rede básica. O número de internações, por causas passíveis de serem impactadas pela atenção primária, era alto e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde constituía-se em motivo de constantes queixas populares. Politicamente, o setor saúde na cidade vinha sendo citado sistematicamente nas pesquisas eleitorais como um dos principais problemas da cidade. As várias crises no sistema municipal de saúde, que culminaram em frequentes trocas na sua direção propiciaram o surgimento de um intenso debate sobre os rumos da atenção primária no município.

Muito provavelmente, o principal debate travado na cidade deu-se entre posições que convergiam suas propostas em termos de ampliar e qualificar a atenção primária nos moldes do que vinha sendo trabalhado nas últimas três décadas, as ações programáticas de saúde, contrapostas a posições que preconizavam uma reformulação mais radical na forma de organizar a atenção

primária. Ou, colocado de outra forma, entre posições que julgavam que tudo que era necessário seria fazer um pouco mais do mesmo que já vinha sendo feito e entre posições que julgavam que o modelo anterior, das ações programáticas já se encontrava superado e que não adiantava simplesmente fazer mais do mesmo, que esta estratégia de fazer mais do mesmo já havia sido tentada um número suficiente de vezes para provar sua ineficácia e que, se quiséssemos resultados diferentes do que vínhamos obtendo, precisaríamos trabalhar na atenção básica de forma diferente da que vínhamos trabalhando até então.

Politicamente, prevaleceu a proposta de uma mudança mais profunda das práticas na atenção básica, porém, que alternativa adotar? A estratégia que o Ministério da Saúde vinha trabalhando, o Programa de Saúde da Família, contava com experiências exitosas principalmente em pequenos e médios municípios, correspondendo, quase sempre, a extensão de cobertura. Nestes municípios, o PSF representava a instauração de serviços onde nada havia, ou quase nada, do ponto de vista assistencial. Este não era, como ainda não é, o quadro dos grandes centros urbanos. Estes centros contam com uma atenção primária, pouco resolutiva, parece claro, mas não se trata do vazio assistencial. Existiam outras alternativas para reestruturar a atenção primária. Outros formatos de programas que procuravam vincular determinada população a profissionais ou outros formatos de equipe que não a preconizada pelo Ministério da Saúde. Vários modelos, em diferentes países, estavam disponíveis como fonte de inspiração (ALMEIDA, 1999; CAMPOS, 1992). Em Betim, cidade vizinha a Belo Horizonte, nós mesmos tínhamos protagonizado a implantação de um programa vinculatório com 100% de cobertura populacional, com adscrição da população a equipes de referência compostas por clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, em regimes de trabalho diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde, com base territorial, mas que podia ser alterada se os usuários assim quisessem, com cartão eletrônico para 100% dos usuários e que logrou obter alta aprovação popular e dos profissionais do setor, com facilitação do acesso e eliminação de filas, além de grande impacto nos indicadores de saúde.

Porém, o grande problema destas alternativas estava relacionado à falta de apoio financeiro do Ministério da Saúde. Os municípios, reconhecidamente possuidores da menor parte do bolo tributário, não tinham, como não tem até hoje, capacidade financeira para bancar sozinhos uma proposta de reformulação da atenção primária. Neste cenário, Belo Horizonte precisou construir sua própria alternativa. O desafio passou a ser como conciliar a inclusão de uma grande rede de atenção primária já existente a uma proposta que tinha como diretrizes, territórios definidos, base familiar e clientela adscrita.

Teve início então um longo processo de debates que envolveu toda a rede de atenção primária da cidade, com repercussão nos outros níveis assistenciais e debates que extrapolavam a esfera da saúde. Foi um momento de intenso debate onde todo o executivo municipal, os quadros gerenciais, Conselho Municipal de Saúde, sindicatos de praticamente todas as categorias da saúde, Câmara dos Vereadores, Associações e Conselhos de Classe entre outros estiveram inseridos. No

nível central da Secretaria Municipal de Saúde, as gestões da maioria dos programas clássicos se constituíram na maior resistência à implantação do programa. Alguns julgavam que os programas seriam desestruturados e que poderia haver um retrocesso no controle de alguns problemas. Outros percebiam claramente os deslocamentos dos micropoderes que se avizinhava. Aqui, estava posto um dos desafios ao BH Vida, a estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte. Não se tratava apenas de prover assistência onde antes não havia. Fazia-se necessário manter e ampliar os poucos programas de sucesso da atenção primária existente e dar conta de outros desafios para os quais a atenção primária instituída não se encontrava preparada.

A proposta que saiu, deste longo debate que durou cerca de um ano, permitia a inclusão de toda a rede de atenção primária existente. Isto não é fato de menor importância. Os municípios de maior porte que mantiveram sua rede de atenção primária sem assimilar a estratégia de saúde da família enfrentaram grandes dificuldades: uma delas é ter que financiar duas redes de atenção primária, o que onera o sistema e, quase sempre, impede o crescimento da estratégia de saúde da família. Outro problema que surge dessa decisão é a competição entre as duas estruturas de atenção básica: Centros de Saúde tradicionais, de um lado, e Unidades de Saúde da Família, de outro, disputam recursos financeiros, espaço político, direitos, e jogam a responsabilidade sanitária cada um para o outro.

O desenho proposto para a cidade pressupunha um arranjo que envolvia 506 Equipes de Saúde da Família, nos moldes preconizados pelo MS: equipes compostas por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde. Além disso, havia profissionais de apoio, constituídos por pediatras, ginecologistas e clínicos na proporção de 1 a 2 para cada 3 Equipes de Saúde da Família.

A implantação das equipes foi realizada de tal forma que elas ficaram responsáveis por um número variável de famílias, inversamente proporcional ao risco de adoecer destas famílias.

Foi utilizado um indicador de risco e vulnerabilidade criado pelo Serviço de Epidemiologia do município, que levava em consideração os resultados de diversos outros indicadores, como renda familiar, grau de escolaridade do chefe da família, mortalidade materna, mortalidade infantil, morte por homicídio, etc., e que classificava cada setor censitário da cidade em quatro graus de risco de adoecer ou de morrer: baixo, médio, elevado e muito elevado risco.

O projeto foi implantado dando prioridade às áreas onde a população estava exposta a maior risco. A implantação começou pelos Centros de Saúde com população de muito elevado risco, e foi se estendendo gradativamente para as populações de elevado risco e médio risco.

A responsabilidade sanitária das equipes também foi feita de acordo com os indicadores de vulnerabilidade e risco. Assim, nas áreas de muito elevado risco cada equipe ficou responsável por cuidar de 600 famílias, sendo incorporado um assistente social para cada duas equipes. Nas

áreas de elevado risco, cada equipe ficou responsável por 750 famílias e contava com o apoio de um assistente social para cada 1 a 2 Centros de Saúde. Nas áreas de médio risco, cada equipe ficou responsável por aproximadamente 900 famílias. Quando a equipe contava com profissionais de apoio (em especial pediatras e ginecologistas), cada profissional incorporado permitia o aumento do número de famílias (cerca de mais 100 famílias) para cada equipe.

Para as áreas de baixo risco, montaram-se estratégias diferentes que foram posteriormente descontinuadas. Em algumas regiões foram estruturadas equipes de saúde, porém com um número de famílias sob sua responsabilidade muito maior. Em outras, foram montadas equipes com clínicos e pediatras, ou clínicos e ginecologistas, para os quais eram adscritos populações de tamanho variável, considerando a taxa de procura de usuários às unidades. Nestas áreas viviam os setores economicamente mais favorecidos e a população utilizava predominantemente os planos privados de assistência à saúde. Nossa intenção de cobrir também as áreas de baixo risco da cidade não foi concretizada, e com nossa saída da coordenação do programa não houve ampliação no número de equipes de saúde da família, que se manteve em torno de 456 equipes. De qualquer forma, cabe esclarecer que ao se estender até a população classificada como de médio risco, a cobertura do programa de saúde da família em Belo Horizonte atingiu cerca de 1.800.000 habitantes. Só para se ter uma ideia, todo o alto escalão da prefeitura (incluindo, prefeito, secretários, e a maioria dos gerentes dos serviços públicos na cidade) morava em áreas cobertas pelo programa. As áreas classificadas como de baixo risco envolviam apenas cerca de 400.000 habitantes, para onde haviam sido pensadas aproximadamente 50 equipes.

### **16.2 Uma Obra Aberta: a Construção Técnica e Política do BH Vida na Cidade**

O que, muito provavelmente, viabilizou a implantação do BH Vida, tornando Belo Horizonte o primeiro grande centro urbano com cobertura expressiva da estratégia de saúde da família foi seu caráter de obra aberta, no sentido que Umberto Eco dá ao termo. Seu permanente “inacabamento” com a conseqüente necessidade de construção-reconstrução por todas as instâncias da gestão. Um conjunto de diretrizes construído em nível municipal precisava ser reinterpretado e contextualizado em cada regional e em cada uma das unidades de saúde do município. Isso possibilitou uma efetiva construção a muitas mãos. A partir de um corpo de diretrizes discutidas pela gestão municipal e pelo Conselho Municipal de Saúde, o projeto foi na realidade construído por cada corporação profissional e suas representações, cada unidade de saúde com seus trabalhadores e conselho local de saúde, com a participação dos usuários. Este sentimento autoral, decorrência da efetiva participação das gerências locais na construção do projeto, juntamente com os trabalhadores da unidade não tem como ser mensurado. Mas foi, provavelmente, o resultado mais positivo desta construção. Ao final do primeiro ano, o projeto já não tinha mais um autor ou uma equipe autora. Nem sequer poder-se-ia dizer que havia um único projeto. Havia dezenas de projetos, dezenas de coautores. Este processo permitiu um alto grau de singularização das soluções em um diálogo permanente com os contextos locais.

O intenso debate que ocorreu ao longo de um ano, com ampla participação fez com que o projeto ultrapassasse suas pretensões iniciais e incorporasse uma visão mais ampliada da atenção primária, incorporando, de forma articulada às equipes, outras áreas de atuação, com amplas repercussões na atenção secundária.

Após um caloroso debate com trabalhadores e lideranças da saúde mental, foram criadas as Equipes de Saúde Mental, compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um terceiro profissional, quase sempre um assistente social ou terapeuta ocupacional, na proporção de uma equipe de saúde mental para 8 equipes de saúde da família, lotadas em unidades básicas de saúde e que trabalhariam de forma integrada. Além de se constituir em referência para as equipes de saúde da família, a equipe de saúde mental também trabalharia no sentido de capacitar e ampliar a capacidade das equipes de saúde da família em lidar com o sofrimento mental, e, de uma forma mais geral, com a subjetividade. Vistas inicialmente como perturbadoras do “modelo” da saúde mental, centrado nos CAPS, mais tarde percebeu-se que CAPS e equipes de saúde mental eram estratégias confluentes. Alguns anos mais tarde, o Ministério da Saúde passou a adotar estratégia similar, financiando a formação de equipes em todo o País.

Os debates no campo da reabilitação fizeram com que outros formatos de equipe também pudessem ser trabalhados. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas foram articulados em equipes, com o intuito de trabalhar de forma interdisciplinar com conjuntos variados de equipes de saúde da família (em média 10 equipes). Isto possibilitou que estes profissionais pudessem rever seu papel na rede de serviços, contribuindo para ampliar a capacidade da rede de atenção primária resolver problemas.

É importante ressaltar que não se tratava apenas do agrupamento dos profissionais em equipes. Mas, acima de tudo, de uma profunda reformulação da forma de se produzir saúde. A título de exemplo, a relação destas equipes de saúde mental e reabilitação com as equipes de saúde da família não se fazia nos moldes da antiga relação generalista – especialista. Equipes de saúde da família, juntamente com Equipes de Saúde Mental e Reabilitação planejavam conjuntamente a atenção aos cidadãos sob sua responsabilidade clínica e sanitária, dividiam os trabalhos, desenvolviam protocolos assistenciais. Para situações clínicas mais complexas desenvolviam projetos terapêuticos com participação de ambas as equipes. Mesmo referenciados, os pacientes não saíam da esfera de responsabilidade da equipe.

Os médicos das especialidades básicas (clínicos, pediatras e ginecologistas) que não quiseram se tornar médicos generalistas das equipes de Saúde da Família, também passaram a ter uma relação diferente com seu trabalho. Ao invés de terem o compromisso de atender um número determinado de pacientes, passaram a atuar como profissionais e em algumas circunstâncias como equipes de apoio, participando do planejamento das ações das equipes às quais apoiavam, dividindo o trabalho, compartilhando responsabilidades.

Uma constatação: as equipes, ao se constituírem, encontram grande dificuldade de reconhecer a mudança na proposta de seu processo de trabalho e tendem a continuar a trabalhar na mesma lógica tradicional de produção de procedimentos. 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. Campos 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”*. Ressalta ainda que apesar da 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, segundo 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. Tentar ajudar as equipes a pensar formas de organizar seu processo de trabalho foi uma tarefa essencial na construção do programa (PINTO; COELHO, 2008).

Obviamente, esta construção não foi feita sem contradições e conflitos. No início do processo os órgãos representativos dos trabalhadores viam o projeto a partir de uma posição de suspeita em relação às suas reais intenções. Esta posição, às vezes oscilava para uma postura francamente contrária e por vezes até intimidatória. Com o transcorrer dos debates, o vislumbre de uma perspectiva de maior reconhecimento popular de seu trabalho, a possibilidade de refazer modos de trabalho e interação entre trabalhadores e usuários, além da perspectiva de ganhos salariais adicionais - que possibilitaria a várias corporações dedicar-se a um único emprego - fizeram que os próprios trabalhadores fossem convencendo suas representações sindicais da importância do projeto.

No que diz respeito à corporação médica, a criação da Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade, alavancada pela estruturação em uma só cidade de um corpo de quase 500 profissionais certamente contribuiu para desfazer, entre a categoria médica, a ideia de que a estratégia de saúde da família representava uma solução para locais longínquos ou populações pobres das periferias das cidades grandes.

Esta configuração conferiu grande legitimidade ao projeto, possibilitando negociações mais favoráveis com o nível central do governo municipal, com a Secretaria Estadual de Saúde e até mesmo com o Ministério da Saúde.

### **16.3 Fazendo o Novo com e a Partir do Velho: a Experiência da Implantação do Projeto**

A implantação das equipes de saúde da família no município de Belo Horizonte foi feita de forma participativa, e assim, teve a demora necessária para incorporar todas as pessoas nos debates. Estas conversas duraram quase um ano, sem que uma única equipe de saúde da família fosse implantada. Só depois desta extensa e produtiva conversação iniciou-se a implantação das equipes de saúde da família. Apenas ao final do segundo ano de iniciadas essas conversas é que tínhamos atingido a implantação das 456 equipes.

Implantar o programa numa grande cidade possui peculiaridades que merecem ser discutidas. Certamente, implantar um programa de saúde da família em uma cidade de 2.400.000 habitantes, polo de uma região metropolitana de mais de 4.500.000 habitantes, é muito diferente de se implantar o programa numa cidade de 10.000 a 20.000 habitantes. Até então, a maioria das experiências de implantação do programa estavam restritas a este segundo cenário, quando a criação de duas a quatro equipes de saúde da família já ofereciam a cobertura de 100% da população do município, a maioria dos quais não dispunham previamente de quase nenhum recurso em sua atenção à saúde. Em algumas cidades maiores, as experiências existentes também não eram muito diferentes: restringiam-se a criação de equipes de saúde da família em programas focais, direcionados a alguns bolsões de pobreza e desassistência, onde previamente a presença do poder público era incipiente. Dessa maneira, os dois tipos de experiência existentes eram da mesma natureza: constituíam-se em algum esforço que se fazia a mais, somando-se aos equipamentos e recursos existentes (ou inexistentes). A experiência em Belo Horizonte foi de outra natureza; tratou-se de substituir o modelo de atenção à saúde existente, tradicional, por outro, com a implantação, em larga escala, de um modelo com as diretrizes bem determinadas de vínculo, referência e responsabilização dos profissionais e equipes por uma clientela definida, com a pretensão de atingir, como havia sido em Betim, 100% de cobertura populacional do programa.

No caso de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde contabilizava, naquela época, 824 médicos na atenção básica, entre clínicos, pediatras e ginecologistas. Esse fato apresentava-se como um obstáculo à nossa tentativa de mudança.

Uma opção que tomamos para a implantação do programa foi iniciar pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De 22 de maio de 2000, quando ocorreu o Seminário de Sensibilização para implantação do Programa a 31 de julho do mesmo ano, quando se iniciou a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde foram realizadas inúmeras reuniões nos diversos fóruns de deliberação e de conversa: reuniões com os colegiados de gestão regionais, colegiados dos centros de saúde, representações dos trabalhadores da saúde, conselhos e entidades profissionais (médicos, enfermeiros, etc.), conselhos municipais, regionais e locais de saúde. Além disso, para escolha dos ACS, foram realizadas 2625 reuniões de bairros, uma para cada escolha de agente comunitário de saúde; a população do bairro era amplamente convocada para comparecer a essas reuniões, onde indicavam as pessoas para concorrer a ACS por aquela microárea, em número de três por vaga. A partir dessa indicação pela população local, os candidatos eram submetidos a uma prova. A implantação prévia do PACS, e da forma como foi feita em BH, com participação popular intensiva, permitiu que a conversa sobre o modelo assistencial proposto fosse realizada em cada comunidade, de forma a legitimar sua implantação (BELO HORIZONTE, 2000).

As equipes foram instaladas nas antigas unidades de atenção primária, com uma média de 3 equipes em cada unidade. Além das unidades já existentes foram incorporados vários imóveis para sediar novas unidades de saúde com equipes de saúde da família. Também foram necessárias várias obras de ampliação e readequação dos imóveis já existentes.

Principalmente nos territórios de mais elevado risco, houve muita dificuldade de se encontrar imóveis com as características necessárias para a implantação de um serviço de saúde. Muitas vezes, as equipes começaram a funcionar antes que as instalações físicas e de equipamentos estivessem totalmente disponíveis. Fazer o novo depende dessa abertura. Não dá para esperar que tudo esteja prontinho para começar.

Em uma reunião com cerca de 20 agentes comunitários de saúde de um Centro de Saúde, não havendo espaço físico para fazer a reunião, fizemos a reunião no corredor externo da unidade de saúde. As reclamações da falta de espaço físico e condições de trabalho adequados foram aceitas com respeito, mas os profissionais foram convidados a assumir uma postura ativa, de construir o novo e de, ao fazer a diferença pelo trabalho resolutivo e humanizado, dar visibilidade e credibilidade ao programa, ganhando força política para conseguir as condições almejadas. Foram muitos os episódios como este, onde resistências foram transformadas em adesões, através de um diálogo aberto e sincero, onde as preocupações das pessoas eram acatadas de forma respeitosa.

Foi facultado a todos os trabalhadores da rede se incorporarem às equipes de saúde da família. Só depois de dada a possibilidade de adesão aos profissionais já em atividade na Secretaria Municipal de Saúde, recorreu-se à contratação do pessoal necessário à complementação das equipes.

A adesão ao projeto foi feita pela quase totalidade dos profissionais de enfermagem, odontologia, serviço social, técnicos de enfermagem e técnicos de higiene dental.

Entre os médicos dos Centros de Saúde (clínicos, pediatras e ginecologistas), cerca de 220 médicos se propuseram a ser os médicos generalistas das equipes, com jornada de 40 horas semanais. Os médicos concursados da prefeitura que não quiseram aderir foram mantidos em suas lotações originais, mas foram convidados a participar do programa dando apoio aos profissionais das equipes. Os médicos contratados em regime temporário também podiam aderir ao programa. Nesse caso, ao final de seu contrato, caso não quisessem entrar para uma equipe de saúde da família, eram substituídos e em seu lugar eram realizadas contratações novas para médicos de saúde da família. Esta foi uma decisão administrativa tomada sem vacilação: suspende-se o concurso para médicos de 20 horas clínicos, pediatras e ginecologistas na atenção básica; também, nenhuma nova contratação de médicos temporários, ou renovação de contratos, para estes cargos, em extinção, na secretaria de saúde. Todas as novas contratações (concuradas ou temporárias) se dariam visando a implantação do novo modelo de atenção, com lógica de responsabilização sanitária e não de produção de consultas ou procedimentos.

Aderir à estratégia de saúde da família representava, para um grande conjunto de trabalhadores, mudanças muito substantivas em suas vidas. Muitos precisariam inclusive abandonar outros vínculos trabalhistas para se dedicarem ao projeto. Neste sentido, incertezas e dúvidas sempre surgiam e eram expressadas nas mais variadas questões: “Será que isso vai mesmo acontecer? E o que acontece quando tiver as eleições, se outro partido ganhar? Será que vão continuar ou vão desmontar tudo? Já pensou se a gente adere ao programa, muda toda a nossa vida e depois vem outro Prefeito (ou outro Presidente) e acaba com isso? Que garantias vocês dão que o programa vai continuar?”

A opção metodológica-ética-estética-política que fizemos foi não tentar convencer os outros com falsas promessas, não dar garantias sem lastro. Dizíamos sempre: “Não podemos garantir nada! Sempre corremos risco na vida. Por isso, se vocês estão se sentindo bem, se estão confortáveis, felizes com seu trabalho, achamos que vocês não devem mudar. Agora, se vocês estão cansados, chateados, se vocês têm desânimo de acordar de manhã para vir trabalhar no Centro de Saúde, se vocês vão embora para casa com a sensação de que foram derrotados, que ficaram carregando pedra o dia todo e que amanhã vão ter que carregar de novo, sem perceber qualquer resultado prático de seus trabalhos. Se vocês não estão felizes, então a nossa proposta é a gente tentar estruturar um novo jeito de trabalhar, onde cada um de nós saiba exatamente de quem está cuidando, que responsabilidade sobre quem ele está assumindo, possa formar vínculo com seus pacientes, saber quem ele atende e os pacientes também o conhecerem! Não tem como garantir nada. Só se a gente conseguir fazer alguma coisa legal, que tenha sentido para as pessoas da cidade, é que a gente pode pensar que talvez não seja tão fácil desmontar.”

De forma interessante, algum tempo depois, diante de tentativas de remanejamento de equipes com diminuição de cobertura do programa em algumas áreas, ficou evidente a importância da mobilização social para manutenção das equipes. (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2004) O projeto não pertencia mais ao governo. Foi incorporado pela cidade como direito. Pertencia a ela.

### **16.4 Diminuindo a Resistência ao Programa**

Algumas argumentações que ajudaram os trabalhadores a diminuir sua resistência ao programa merecem ser citadas: ninguém será demitido do serviço por conta da implantação do programa, ninguém receberá menos que antes, mesmo quem não queira aderir ao programa; ninguém será forçado a aderir ao programa, ou sofrerá qualquer constrangimento para fazê-lo; a entrada de qualquer profissional nas equipes de saúde da família será por adesão voluntária; as pessoas que aderirem terão carga horária de 40 horas semanais (ou seja, dobra-se a carga horária de grande parte dos trabalhadores) e farão jus a um salário correspondente acrescido de um abono salarial no valor correspondente de mais uma carga horária (ou seja, triplica-se o rendimento dos profissionais); os profissionais que aderirem ao programa serão imediatamente inscritos em curso de especialização em Saúde da Família coordenado e ministrado pelas faculdades de medicina e de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; nenhum profissional terá que, e nem mesmo poderá, realizar algum ato médico ou de enfermagem que não esteja capacitado a fazer; assim, enquanto estão em fase de adaptação às suas novas funções e atividades, os profissionais contarão com apoio e suporte de outros profissionais disponíveis, na maioria das vezes, nas próprias unidades de saúde; isto foi possível, uma vez que nem todos os profissionais aderiram às equipes; assim, os profissionais que não aderiram às equipes foram convidados a participar do programa enquanto apoio matricial às equipes, fazendo jus a um incentivo salarial para essa participação.

### **16.5 Sobre o Financiamento do Programa**

Faz parte do senso comum a afirmação que o financiamento para a saúde é insuficiente e que a adoção de programas como este com ampla cobertura populacional possui dificuldades de financiamento que o impossibilitariam. Este foi outro desafio que encontramos naquela época: convencer a equipe econômica do governo municipal que seria possível implantar o programa na cidade sem incidir em um custo proibitivo. Foi necessário realizar cálculos detalhados do aporte de recursos de custeio específicos para financiamento das equipes de saúde da família pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de MG, por um lado, e dos gastos previstos para manutenção mensal das equipes, comparando com as condições prévias de financiamento da atenção básica no município. A nossa premissa era a de que a maior parte dos gastos já estava sendo executada pela atenção básica no modelo tradicional, que poderíamos contar com grande parte dos profissionais nas equipes de saúde da família e que os recursos adicionais oriundos do Ministério da Saúde e SES-MG diminuiriam em muito a necessidade de novos aportes de recursos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (PROGRAMA, 2001)

Por outro lado, mantido o modelo tradicional de atenção básica no município, os gastos com a atenção básica seriam crescentes; a necessidade de novo concurso público era premente e inclusive já existia estudo da própria Secretaria Municipal de Saúde sobre o número de novos profissionais para concurso – o edital já estava inclusive em versão preliminar para aprovação. Ou seja, a dificuldade de financiamento é estrutural do sistema e não devia ser creditada especificamente ao projeto.

Assim, para prover cobertura de 70% da população do município a Prefeitura necessitou efetivar novos contratos apenas para enfermeiros em número aproximado de 300. Os recursos provenientes do MS foram utilizados eminentemente para financiar extensões das jornadas de trabalho e gratificações pagas aos trabalhadores que se incorporaram ao projeto.

### **16.6 Sobre as Intermináveis Conversas**

Talvez a característica mais marcante da implantação do Programa BH Vida tenha sido a disposição de sua coordenação para conversar. A abertura para o diálogo e a percepção clara que este diálogo teria que ser travado em diversos cenários, em diversas ocasiões, com diversos interlocutores. Quantas vezes fosse necessário, a equipe estava disponível para sentar e conversar. E ainda que não fôssemos procurados, procurávamos os espaços públicos para falar a respeito do projeto.

Falar em abertura para o diálogo não quer dizer que não tivéssemos um projeto muito bem delineado em nossas cabeças. Em nossas cabeças e também no papel, no projeto que apresentávamos para discussão. Mas tínhamos igual clareza que nenhum projeto pensado por nós seria viável sem que fosse alterado pelas pessoas com quem debatíamos sua implantação. Assim, garantindo alguns conceitos centrais do projeto (responsabilidade, vínculo, horizontalidade do cuidado, trabalho em equipe, etc.), tudo podia e idealmente deveria ser alterado e reescrito, de forma a que a autoria se espalhasse pelo maior número de pessoas, grupos, corporações, instituições, etc (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2001).

### **16.7 Sobre a Formação dos Profissionais que Aderiram ao Programa**

Para dar suporte a esta estratégia, que consistia na transformação das práticas de uma rede já existente e não no mero acréscimo de novas possibilidades assistenciais uma série de dispositivos foram utilizados, entre os quais é fundamental mencionar o programa de capacitação. Articulado com a Universidade Federal de Minas Gerais, o Curso de Especialização em Saúde da Família foi ofertado a todos os profissionais de nível superior do programa (aproximadamente 1500) em grandes turmas (de 250 a 400 profissionais) com tecnologias presenciais e à distância, o que também precisou ser construído junto a universidade. Esta estratégia foi importante porque possibilitou, além da mudança de práticas necessárias ao sucesso da estratégia, o estabelecimento de um mecanismo de educação permanente que continua até hoje.

Naquela época, o programa de capacitação das equipes de saúde da família, conforme adotado pelos Polos de Capacitação criados pelo Ministério da Saúde era bastante rudimentar e simplificado, não respondendo às necessidades de uma adequada requalificação dos profissionais que iriam compor as equipes. O Programa BH VIDA estabeleceu uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais no sentido de desenvolver um curso de especialização formal de 360 horas (pós-graduação *lato sensu*) em Saúde da Família. Este curso foi ministrado através de 3 módulos centrais (“Trabalho em equipe”, “Trabalho sobre populações” e “Política de saúde e modelos assistenciais”), vários módulos temáticos (de pediatria, de clínica e de ginecologia) e com capacitação em serviço através de tutoria de professores da UFMG. Alguns módulos temáticos eram obrigatórios para todos os profissionais, outros eram optativos de acordo com a formação básica dos profissionais e outros eram oferecidos sempre de forma optativa.

### **16.8 Um Embrião de Apoio Matricial**

Suporte de especialistas às equipes de saúde da família: o Programa BH VIDA previu a vinculação de profissionais das especialidades mais demandadas (cardiologia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e outros) a um número estipulado de equipes de saúde da família, de forma a oferecer suporte a estas equipes.

Em meados de 2002, chegamos a experimentar um piloto desse arranjo. Alguns especialistas foram convidados a fazer uma mudança em seu contrato de trabalho. Suas agendas foram retiradas da Central de Regulação e eles passaram a trabalhar na lógica de vinculação e responsabilização também no nível secundário da atenção, ou seja, estes especialistas ficaram responsáveis por dar suporte às equipes de saúde da família no atendimento à população vinculada a estas equipes. Foram estruturadas duas equipes de especialistas para suporte às equipes de saúde da família. Cada uma destas equipes de especialistas dava suporte a cerca de 25 equipes, resultando na cobertura de 50 equipes de saúde da família do Distrito Sanitário Venda Nova, com cerca de 180.000 habitantes cobertos pelos especialistas matriciais. Os resultados foram muito animadores, com redução expressiva do tempo médio para se obter a consulta e da fila para estas especialidades, neste distrito. Pode-se dizer que o problema do acesso a estas especialidades foi resolvido com um formato tal que permitiria sua extensão a toda a cidade sem a necessidade de nenhuma nova contratação de especialistas (PROGRAMA, 2002).

### **16.9 Falando de Diálogos...**

Tínhamos acabado de implantar o programa dos agentes comunitários de saúde na cidade e então fomos chamados para conversar com o prefeito. Ele nos perguntou se topávamos o desafio de implantar 50 equipes de saúde da família na cidade. Ao que respondemos: “50 é muito difícil”; “quantas, então, vocês acham que poderíamos implantar?” e nossa resposta: “500, assim fica mais fácil”. Deixando de lado a dimensão inusitada, a princípio sem sentido e até meio engraçada deste diálogo, o que queremos ressaltar é a convicção que tínhamos naquele

momento e que ainda nos acompanha hoje em dia: a implantação de programas que visam à mudança de modelos assistenciais precisa atingir alta cobertura populacional, de forma que o novo modelo se torne rapidamente hegemônico, conseguindo enfrentar as dificuldades inerentes aos processos de mudança.

Mais uma conversa: “Vocês são loucos! São uns irresponsáveis! Vocês acham que estão aonde, numa cidadezinha do interior do Nordeste, com 10.000 habitantes e onde vocês implantam duas equipezinhas e resolvem o problema. Isso aqui é uma capital! Nós temos uma tradição na saúde! Nós temos um dos melhores sistemas de saúde do Brasil. Vocês não podem chegar aqui e se meter numa aventura irresponsável dessas. Vocês não podem desmontar tudo isso e jogar tudo o que está feito no chão. Vocês vão ter que responder por esta aventura.”

Aqui, além de querer contar uma história, que merece ser contada, parece que algumas lições a gente pode retirar do caso. Uma primeira lição diz respeito a não desconhecer a tradição! Uma segunda a não se deixar intimidar por ela!

Tirando de nosso interlocutor nessa história o seu tom de ameaça e sua intenção de deter as mudanças anunciadas, as coisas que ele nos disse eram a mais pura verdade. Implantar o programa numa grande cidade, com uma estrutura já montada de atenção básica, nos moldes tradicionais, demanda reconhecer essa tradição e dialogar com ela. Também não se pode desmontar uma estrutura que funciona e que cumpre um papel social da maior importância, apesar de suas insuficiências, esperando-se que um dia vamos montar outra coisa em seu lugar, mais justa, mais bacana, mais eficiente, etc. Não pode haver vazio assistencial, nem mesmo pode ser tolerada uma queda nos padrões assistenciais em nome da promessa dos benefícios vindouros. Esse passou a ser um compromisso de nosso projeto: em nenhum momento, poderíamos ter uma queda na qualidade da assistência prestada, e ainda que o modelo pensado para o futuro não se centrasse em números de atendimentos, não haveria diminuição do número de atendimentos; embora o número de equipes necessárias para a cobertura de 100% da população fosse de 500 equipes de saúde da família (ou seja, 500 médicos, 500 enfermeiros, etc.) nenhum Centro de Saúde teria menos médicos ou enfermeiros do que antes da implantação do programa.

### **16.10 A Título de Conclusão**

Não é o propósito desse artigo fazer uma avaliação do Programa BH Vida e de seu impacto na saúde da população de Belo Horizonte e sim contar um pouco da história de sua implantação. No entanto, algumas considerações merecem ser feitas.

Passados quase 10 anos dos fatos aqui narrados, o Programa BH Vida continua de pé. O número de equipes de saúde da família alcançou as 506 equipes planejadas em 2001, mas isso não se deveu à cobertura da população de baixo risco e sim ao crescimento populacional.

Os agentes comunitários de saúde fazem cerca de 2.900.000 visitas domiciliares por ano. O número de consultas médicas realizadas pelas equipes de Saúde da Família foi de 1.899.347 em 2002 (ano de implantação das equipes) e de 2.203.257 em 2004 (VIVER, 2005).

Em março de 2010, apenas 3% das equipes de Saúde da Família estavam desfalcadas de médico generalista e mais da metade dos médicos de saúde da família tinham mais de 5 anos de trabalho na Prefeitura de Belo Horizonte (JORNAL DO CRM, 2010).

Ao sairmos da coordenação do Programa BH Vida, no final de 2002, a avaliação da Saúde pela população saltou de ser a ação pior avaliada para ser a segunda ação mais bem avaliada da Prefeitura de Belo Horizonte, só atrás da atuação da Superintendência de Limpeza Urbana (SLU), historicamente bem avaliada.

Embora o “inacabamento” seja uma característica das obras abertas, e não se possa falar de uma autoria nesses casos, para aqueles que coordenaram as primeiras pinceladas da obra fica uma sensação muito gostosa relembrar aqueles momentos em que as pessoas todas de uma cidade resolveram fazer e fizeram uma mudança tão forte em suas vidas.

Agradecemos à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde nos dar esta oportunidade de lembrar.

**Referências:**

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-86, 1999.

BELO HORIZONTE. **Resolução CM\$-BH 057/00**, de 15 de junho de 2000, do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **saúde em Debate**, n. 37, p. 38, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Paideia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Ata da reunião de 19 de fevereiro de 2004.

JORNAL DO CRM. Informativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. **Entrevista**: Secretário Municipal faz panorama da saúde em Belo Horizonte. Abril de 2010.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: **Manual** de práticas de **atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, p. 323-345, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa BH vida**: equipes de saúde da família (ESF): dando continuidade à implantação do Programa BH Vida. Belo Horizonte, 2001. (mimeo).

PROGRAMA BH Vida. Núcleo de especialidades médicas de apoio ao BH Vida. Belo Horizonte, 2002. (mimeo).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Programa de saúde da família (PSF) de Belo Horizonte**: estudo de viabilidade financeira.. (mimeo, 2001).

VIVER. Revista da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. v. 1, n. 1, dez. 2005.



# 17 REPORTAGENS

Bruno Aragão



### Quando o Imprevisto Enriquece a Melodia

O visitante desavisado que chegue numa manhã comum à Unidade de Saúde da Família Córrego da Bica, localizada na comunidade do Brejo da Guabiraba, periferia da zona noroeste do Recife, pode pensar que está diante de mais um caso de “caos na saúde pública” semelhante aos muitos veiculados pela mídia.

O cenário do lugar, à primeira vista, parece mesmo caótico: enquanto mães com crianças de colo, idosos e outros usuários entram e saem dos consultórios, pleiteiam atendimento no balcão da recepção ou aguardam sentados, profissionais de saúde dentro das salas ou circulando nos corredores parecem em meio a uma operação de guerra para dar conta da demanda de atendimento da região - que, numa já avançada manhã de terça-feira, ainda é grande.

Passada a primeira impressão e com um olhar mais atento o visitante percebe, entretanto, que não é testemunha de nenhuma calamidade. Pelo contrário: o que tem diante dos olhos, naquela manhã quente de terça-feira, não é nada mais que um exemplo de atenção básica resolutiva e solidária em plena atividade.



“Algum tempo atrás, você veria uma movimentação de gente bem parecida com essa aqui. Só que antes eram pessoas desesperadas tentando conseguir atendimento; agora, são pessoas conseguindo”, resume a médica Ivonete Wanderley, que integra uma das quatro Equipes de Saúde da Família vinculadas à unidade.

Quando diz “algum tempo atrás”, Ivonete faz referência ao período anterior a maio de 2009, quando o Córrego da Bica, que funciona como Unidade de Saúde da Família desde 2001, começou a trabalhar sob a lógica do Acolhimento, diretriz preconizada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS).

Até então, a USF Córrego da Bica operava seguindo o tradicional modelo da chamada “demanda espontânea”. Todos os dias, os usuários eram atendidos por ordem de chegada em esquema de “porta aberta”, sem qualquer tipo de avaliação ou triagem prévias. O resultado, relatam os profissionais do Córrego da Bica, era bastante conhecido: longas filas para marcação de consulta que começavam a se formar já nas madrugadas e grande quantidade de usuários que acabavam não sendo atendidos, provocando um alto grau de insatisfação na comunidade e na própria equipe da USF.

Equipe de Atenção Básica atende a usuários: o fortalecimento da grupalidade foi um dos aspectos em que o Acolhimento tem colaborado de forma decisiva.

“Era ao mesmo tempo desgastante e frustrante”, lembra a dentista Márcia Rangel, que atua na saúde bucal do Córrego da Bica desde o início de 2008. “A gente não conseguia atender um paciente sem ser interrompida várias vezes por outros usuários batendo na porta do consultório em busca de atendimento. Sendo que, em muitos casos, a pessoa não tinha nenhuma necessidade urgente, precisava apenas de uma conversa, de uma orientação”, explica.

A médica Ivonete Wanderley também não sente saudade do passado recente da unidade: “A gente trabalhava sob pressão e acabava tendo que atender os pacientes com pressa para poder dar conta da fila que ficava lá fora. No fim das contas, não atendia ninguém com a devida atenção”.

A agente comunitária de saúde Edna Guerra completa: “O que acontecia antes era que cada médico era responsável pelos pacientes da sua equipe e ponto final. Se chegassem pacientes da equipe com caso de prioridade, o médico tinha que atender. Com isso, um médico chegava a fazer 20 consultas numa manhã. Quando chegava ao limite, o médico acabava mandando o paciente voltar”.

Essa forma de operar levou o Córrego da Bica a ser uma das unidades campeãs no quesito reclamação dos usuários, que chegaram diversas vezes a denunciar à imprensa local a dificuldade de acesso a consultas médicas. Mas o atendimento à comunidade não era o único aspecto afetado.

“A Bica era tida como uma das piores unidades para trabalhar na cidade”, lembra Cláudia Soares, apoiadora institucional da Gerência de Atenção Básica no Distrito 3 da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, responsável pela região do Brejo da Guabiraba. “Era uma equipe complicada com relação ao processo de trabalho: cada um fazia do seu jeito e havia muitos conflitos internos. Por conta disso é que havia uma alta rotatividade de trabalhadores”.

Foram justamente os trabalhadores que começaram a reverter a história do Córrego da Bica, que parecia condenada a ser um exemplo de SUS que não deu certo. Com a realização de um concurso público em 2008 e a chegada de novos profissionais de saúde, a unidade recebeu uma bem-vinda oxigenação, com enfermeiros e médicos puxando um processo de reorganização do processo de trabalho da USF.

A brisa de renovação que começava a soprar no Córrego da Bica coincidiu com novos ares também na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, que no início de 2009, começou a pôr em prática uma nova política de Saúde, batizada de “Recife em Defesa da Vida”.



Equipe de Atenção Básica atende a usuários: o fortalecimento da grupalidade foi um dos aspectos em que o Acolhimento tem colaborado de forma decisiva.

Formulada ainda em 2008, por um grupo de trabalho convocado pela Diretoria de Gestão em Saúde com ampla participação dos trabalhadores do SUS Recife, a nova política traz como principal marca uma aposta radical em novas ofertas de gestão. Uma das diretrizes pactuadas com os trabalhadores é a implantação do Acolhimento em toda a rede municipal de Atenção Básica.

“O modelo de saúde que existia em Recife até 2008 ainda era baseado numa certa forma de fazer saúde focada apenas no aspecto da epidemiologia, da vigilância, do planejamento”, explica o gerente de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, Aristides Oliveira. “A atenção básica reproduzia isso e ficava voltada apenas para a promoção, a vigilância, a prevenção. Esse modelo foi incapaz de produzir tecnologias para cuidar; ele apresenta uma fragilidade de ofertas quando se discute o trabalho de equipe, a degradação da clínica, a inequidade no atendimento”.

Aos 29 anos, formado em Medicina pela Universidade Estadual de Pernambuco com residência em Medicina da Família e Comunidade, Aristides está desde novembro de 2009 à frente da gestão da Atenção Básica da capital pernambucana, que conta com 54% de cobertura do Programa de Saúde da Família e 244 equipes de PSF espalhadas em 114 unidades e 6 Distritos Sanitários.

Aristides estava ao lado dos profissionais do Córrego da Bica na manhã de 4 de abril de 2009, quando a lógica do Acolhimento foi colocada em prática pela primeira vez na USF em caráter experimental. Situada no Distrito Sanitário 3, um dos maiores da capital pernambucana, abrangendo 29 bairros, com 37 unidades e população total de 270 mil habitantes, a USF Córrego da Bica foi uma das pioneiras a adotar a diretriz.

“A equipe temia que no primeiro dia acontecesse o caos: um número de usuários muito acima do normal, mais pacientes sem atendimento, ainda mais reclamações. Mas o grupo conseguiu dar conta e consolidar a ferramenta nas semanas seguintes: tivemos 120 pacientes no primeiro dia e esse número foi caindo até chegar à atual média de 50 a 60 pacientes atendidos no Acolhimento”.

A “ferramenta” do Acolhimento ganhou forma no Córrego da Bica, em primeiro lugar, numa reorganização dos horários de atendimento com a qual a comunidade do Brejo da Guabiraba e imediações já começa a se acostumar. Nas tardes de segunda a quinta-feira, os usuários da região têm acesso a consultas agendadas com os médicos e enfermeiros das equipes às quais estão vinculados; já as manhãs são reservadas a atendimentos urgentes ou imprevistos de forma geral.

Ainda não são 8 horas da manhã quando os agentes comunitários de saúde do Córrego da Bica chegam à unidade e realizam uma primeira conversa com os usuários que aguardam atendimento. Neste primeiro contato, é feita a avaliação de risco de cada paciente e são definidos aqueles que terão prioridade no Acolhimento. De modo geral, pacientes com febre alta ou glicose baixa, assim como crianças ou bebês, têm a preferência.

O que parece um modelo bastante simples ajudou a desafogar o atendimento, a melhorar a qualidade do serviço oferecido e conquistar a credibilidade da população adscrita ao Córrego da Bica. “A gente tirou o peso do médico. Agora, ao fazer uma consulta comum, ele sabe que não tem gente esperando na fila, porque o acolhimento dá suporte. E nenhum paciente é mandado de volta para casa sem ser atendido”, explica a agente comunitária de saúde Edna Guerra.

A médica Ivonete Wanderley confirma: “Nas consultas normais havia intercorrências, agora não tem mais; dessa forma, as consultas marcadas podem ser feitas com mais calma. A população já aprendeu que tem uma faixa de horário específica para o atendimento que foge ao programado. O acolhimento nos ajuda a responder a este anseio mais imediato da população por um atendimento, porque a cada dia você tem aqui a oportunidade de ser ouvido”.

Uma médica e uma enfermeira, escolhidas entre as quatro equipes de Saúde da Família vinculadas à unidade, se revezam no atendimento diário às pequenas urgências e outros imprevistos que chegam ao Acolhimento. Elas atendem a pacientes vinculados a qualquer das quatro equipes, com um detalhe simples que tem feito a diferença no Córrego da Bica.

“Cada dia ficam no Acolhimento um médico e uma enfermeira de equipes diferentes. Isso ajuda a promover um maior convívio desses profissionais com a população e cria também uma possibilidade de troca de experiências”, explica a agente comunitária de saúde Edna Guerra. Modelo semelhante foi adotado pelas equipes de saúde bucal.

O fortalecimento da grupalidade, segundo relatos dos profissionais que trabalham no Córrego da Bica, parece mesmo ser um segundo aspecto para o qual o Acolhimento tem colaborado de forma decisiva.

“Essa experiência nos tornou uma equipe de fato”, relata a médica Ivonete Wanderley. Prova disso são as reuniões semanais que a equipe da unidade realiza todas as sextas-feiras, destinadas à avaliação do trabalho realizado pela unidade e o planejamento de ações futuras. Todos, cerca de 50 funcionários do Córrego da Bica – que incluem agentes comunitários de saúde, enfermeiras, médicas e funcionários administrativos, de segurança e limpeza – participam dos encontros.

Além disso, uma roda informal periódica foi criada pelas dez profissionais de nível superior da unidade. As quatro médicas, quatro enfermeiras e duas dentistas do Córrego da Bica se reúnem sempre na primeira sexta-feira de cada mês no grupo “Mulheres da Bica”. Durante os encontros, realizados sempre num local fora da unidade, são discutidos casos terapêuticos e outros temas ligados ao trabalho cotidiano na USF.

Para o gerente de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Recife, a diferença entre a falta de diálogo e conflitos que caracterizavam a equipe do Córrego da Bica antes da implantação do Acolhimento e o espírito de grupo espontâneo que é testemunhado após a implantação da ferramenta tem uma explicação simples: “A equipe não tinha um objetivo comum para discutir.

O acolhimento coloca em análise, é um dispositivo de gestão potente”, avalia Aristides Oliveira.

Passado um ano de implantação do Acolhimento na USF Córrego da Bica, a consolidação do dispositivo ofertado pela Política Nacional de Humanização permanece como uma obra aberta, construída todos os dias pelos trabalhadores da unidade. Mas já mostra resultados difíceis de questionar.

“De patinho feio, o Córrego da Bica virou modelo para a atenção básica de Recife”, resume a apoiadora institucional Cláudia Soares. “Hoje a equipe consegue se entender, fazer discussão periódica sobre seu processo de trabalho, planejamento estratégico. A unidade tem outra cara, tanto para a população quanto para a equipe. O acolhimento trouxe organização do serviço, empoderamento do grupo e credibilidade da população”.

Para fazer essa mudança, contagiar toda a rede de atenção básica de Recife nos próximos anos, a Secretaria Municipal de Saúde investe num cardápio de ofertas que inclui cursos introdutórios sobre Acolhimento voltados para os trabalhadores da rede – o primeiro deles, destinado a 1200 trabalhadores de nível superior, foi realizado em novembro de 2009 e produziu 30 planos de intervenção.

Fórum do Trabalhador, fóruns territoriais, apoio institucional, formação de grupos de trabalho para discutir linhas de cuidado e protocolos de acesso, matriciamento vertical, aposta em colegiados de gestão e produção de cartilhas são algumas outras estratégias que a Gerência de Atenção Básica vem empregando com o objetivo de reinventar a organização, o cuidado e a gestão nas unidades comunitárias de Recife, fortalecendo equipes e ampliando as possibilidades deste nível de atenção.

“O acolhimento nos mostra que há formas de organizar o trabalho para outras necessidades. Uma pequena urgência é, sim, uma necessidade que a atenção básica pode dar conta”, avalia o gerente de Atenção Básica da Prefeitura de Recife. “A gente descobriu que a saúde é imprevisível e o serviço de saúde não tem que lidar só com o previsível, o programado. Quando a atenção básica não abre debate com o imprevisível, não se legitima com a população”, avalia Aristides Oliveira.

### E a Escuta Mudou o Olhar

A toalha rendada é aberta sobre a mesa e os objetos vão aos poucos se pondo a várias mãos: uma velha lamparina a querosene, um ferro de passar a carvão, uma chaleira, um rádio, um porta-retratos. Na parede, um estandarte de retalhos coloridos exhibe versos, mensagens, fragmentos afixados de antigas conversas. Completando a cena, uma cadeira de balanço coberta por uma manta de algodão espera pelo próximo que irá sentar e contar sua história.

Pode parecer estranho à primeira vista, mas o panorama descrito não faz parte da encenação de uma peça de teatro ou de alguma exposição de antiguidades: os artefatos mencionados e a composição do cenário estão ali para produzir saúde. É a Tenda do Conto, experiência que utiliza a contação de histórias para promover o protagonismo e corresponsabilização de usuários e trabalhadores do SUS em Natal (RN).

Em atividade há três anos, o projeto surgiu no bairro de Panatis, localizado na zona norte da capital potiguar, como desdobramento de um trabalho de pesquisa realizado pela enfermeira Jacqueline Abrantes, servidora da Unidade de Saúde da Família do Panatis desde 2002 – ano em que a unidade, que tem uma população adscrita de cerca de 13 mil pessoas, começou a trabalhar sob a Estratégia de Saúde da Família, com quatro equipes.

Com o título “Beirando a vida, driblando os problemas: estratégias de bem viver”, a dissertação de mestrado da enfermeira questionou famílias da região em situação de vulnerabilidade sobre o que elas fazem para enfrentar seus problemas cotidianos. Falta de drenagem e recolhimento adequado do lixo, desemprego e condições precárias de moradia, educação e transporte estão entre as principais dificuldades enfrentadas pela população do bairro.

“Durante as entrevistas que realizamos, tivemos contato com muitas estratégias de enfrentamento da carência e isolamento da região, e percebemos que muitas delas não eram levadas em conta pelo serviço”, conta Jacqueline. “Eram muitas histórias de vida interessantes e começamos a pensar em como trazer essas histórias para dentro da unidade”.

Inspirado pela declaração de uma das entrevistadas (“Minha vida dava um filme”) foi gestado o primeiro fruto dessa ideia: o documentário “Sobre anjos, borboletas e beija-flores: na aurora do envelhecer”, que reúne depoimentos de usuários de terceira idade contando um pouco sobre suas vivências, privações vividas e superadas, momentos felizes, talentos quase nunca mostrados. Exibido para usuários e trabalhadores da USF do Panatis no dia 27 de setembro de 2007, Dia do Idoso, o vídeo despertou um movimento irreversível na unidade.

“Percebemos que tínhamos nas mãos algo que, de algum modo, se somava às tantas leituras e reflexões feitas antes, apontando para o início de algumas transformações relacionadas à adoção de práticas voltadas para a inclusão, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos”, conta

Em Natal, a equipe de uma Unidade de Saúde da Família enfrentou a desmotivação e fragmentação do trabalho com escuta, discussão e arte, incluindo na produção de saúde as histórias de vida de trabalhadores e usuários

Jacqueline. “Como não dava pra fazer filme com todo mundo, a gente estendeu a ideia fazendo a Tenda do Conto”.

É no recém-inaugurado Centro de Convivência da USF do Panatis que a contação coletiva de histórias é realizada quinzenalmente. A unidade de Soledade I, bairro vizinho, também participa. Mas numa manhã qualquer de maio a Tenda do Conto - que já esteve em hospitais, asilos e até num presídio - formava a roda na área de lazer do Panatis, misto de praça e centro esportivo-cultural.

O violão do dentista Justiniano Homem de Siqueira, que trabalha no Panatis há dois anos, ajuda a aquecer os cerca de quarenta usuários e trabalhadores presentes naquela manhã com canções de outros tempos que já não tocam nas rádios ou na TV. Melodias de Adoniran Barbosa, Humberto Teixeira, Orlando Silva, Pixinguinha e outros correm pelos dedos de Justiniano e ecoam na voz dos participantes. “Aprendi nessa roda que saúde não se cura só com remédios, mas também com fé, confiança, amizade”, conta o dentista-músico.

Moradora da região, Cleide Maria de Albuquerque, aposentada, 62 anos, é uma das primeiras a tomar assento na aconchegante cadeira reservada aos “contadores”. O bom dia caloroso das muitas vozes e os objetos dispostos na mesa, inspirados no cenário vivo encontrado nos domicílios de tantos outros moradores da vizinhança, ajudam a se sentir em casa. Dona Cleide respira fundo e começa a compartilhar sua história.

Portadora de um câncer no útero e participante da Tenda do Conto desde a primeira roda, ela conta que viu os cabelos caírem por conta das seções de quimioterapia a que teve que se submeter e que divide os cuidados com a própria saúde com o cuidar do pai de 92 anos, com quem mora. Depois de fazer seu relato, pede que o dentista e violeiro Justiniano a acompanhe numa tradicional canção nordestina, com direito a encenação.

“Aqui a gente pode compartilhar e ser ouvido. Tem gente que esconde que tem problema, mas eu acho bom contar, porque me faz bem. E ainda posso alertar outras pessoas para se cuidarem”, diz.

Trabalhadora do Panatis há 14 anos, a Agente Comunitária de Saúde Josefa Barros avalia que a possibilidade de ouvir as histórias de vida que perpassam os problemas de saúde é mesmo o grande trunfo da experiência. “A Tenda tem o papel de levar a escuta e o acolhimento aos usuários. Ela permite que a gente saia do nosso espaço rotineiro e conheça a realidade de cada um”, explica.

A Tenda é, na verdade, apenas uma das manifestações de um jeito diferente de fazer saúde que a equipe do Panatis vem experimentando já há algum tempo. Jeito que também pode ser testemunhado nas rodas de conversa semanais realizadas entre os trabalhadores da unidade para reflexões sobre práticas de saúde. A iniciativa, explica a enfermeira Jacqueline Abrantes,

surgiu da necessidade de enfrentar a desmotivação dos trabalhadores, a falta de investimento em qualificação e a fragmentação das práticas.

“O município de Natal vive há algum tempo uma crise na saúde, com falta de profissionais e insumos básicos e condições desfavoráveis das estruturas físicas das unidades básicas e hospitalares”, explica. Segundo ela, o cenário se refletia em desânimo, além de dificuldades nas relações entre os profissionais e despreparo para lidar com as dimensões subjetivas das práticas de atenção.

O aumento do grau de comunicação e interação entre os profissionais, a transversalidade das relações, a ampliação dos espaços de trocas e o surgimento de novos sentidos no fazer cotidiano são citados por Jacqueline como resultados do trabalho das rodas semanais, nas quais textos relacionados à Política Nacional de Humanização costumam ser utilizados como suscitadores de debates sobre temas cotidianos da unidade.



Agentes Comunitárias de Saúde responsáveis pela Tenda do Conto: iniciativa ajudou a enfrentar a desmotivação dos trabalhadores e fragmentação das práticas.



A Agente Comunitária de Saúde Josefa Barros resume o sentimento geral no Panatis: “Até alguns anos, você fazia o seu trabalho e mais nada: o atendimento era separado do resto, a direção não ouvia, a hierarquia era maior. Hoje a gente trabalha em equipe e troca. O HumanizaSUS ajudou a abrir mais nosso olhar. Você vê que seu trabalho é mais amplo do que imaginava”, conclui.

### Pequena Notável

Quem cruza o oeste paranaense pela BR-227 no trecho entre os municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu, já nas imediações da fronteira Brasil-Paraguai, pode passar batido pela pequena cidade de 16 mil habitantes à beira da estrada. Mal desconfia o viajante que, prestes a completar apenas 50 anos de fundação, a jovem Matelândia conta com um sistema público de saúde de fazer inveja a boa parte dos municípios brasileiros – no qual se destaca uma rede de atenção básica que chama atenção por seu atendimento resolutivo e humanizado.

Uma pequena amostra disso pode ser vista a poucos quarteirões da rodovia federal, na Unidade de Saúde da Família da comunidade da Vila Pasa, bairro de baixa renda do município. Inaugurada em novembro de 2004, a unidade da Vila Pasa é, entre as quatro de Matelândia, aquela que recebe o maior fluxo diário de usuários, sendo que grande parte dele traz problemas de saúde marcados por determinantes sociais.

“A população aqui da região enfrenta muita dificuldade e percebemos que 40% dos casos que os usuários traziam à unidade não diziam respeito a nenhuma patologia específica, mas a uma necessidade de orientação, desabafo, suporte. Chegamos então à conclusão de que grande parte desses casos dizia respeito a questões de saúde mental”, conta Marenilce Mezzomo, técnica de enfermagem que integra a equipe fixa da Vila Pasa.

Para enfrentar a questão, a USF deu um passo além do trabalho costumeiro de uma unidade básica de saúde: ampliou sua equipe, acionando assistentes sociais e psicólogos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia como apoiadores matriciais – modelo que oferece ainda profissionais como pediatras, ginecologistas e fisioterapeutas – e apostou em iniciativas complementares à rotina de prevenção e promoção de saúde.

O projeto “Rodas de Conversa em Saúde” foi uma das estratégias adotadas. Em atividade desde 2006, a iniciativa promove rodas de conversa, nas quatro grandes zonas de saúde do município, que contam com a participação da população local e dos profissionais de saúde mental de cada uma das quatro equipes.

“A ideia das rodas de conversa foi montada a partir da necessidade de dar resposta à demanda de saúde mental das unidades”, explica a psicóloga Monica Mombelli, que coordena o projeto. “A ideia é que as rodas sejam espaços de escuta ao usuário, de acolhimento e estabelecimento de vínculo, assim como uma estratégia de desmistificação da função do psicólogo, já que muitas vezes o usuário precisa recorrer ao psicólogo mas acaba não fazendo isso por razões culturais”.

Realizadas sempre uma vez por semana, as rodas acontecem em centros comunitários próximos às unidades de saúde e até mesmo em residências de usuários. Além de conversar, os participantes desenvolvem atividades como cantoria e produção coletiva de artesanato.

Matelândia, no oeste paranaense, conseguiu reduzir em 50% o consumo de medicamentos e conquistar a população promovendo rodas de conversa e valorizando a história de cada usuário.

“Por ser um espaço informal, nós temos em cada roda a chance de conhecer melhor muitas histórias de vida que talvez não seriam conhecidas de outra forma. Essas informações acabam colaborando na abordagem do caso de cada paciente. A roda atua também como uma espécie de suporte para pacientes que já tiveram alta dos atendimentos psicológicos”, explica a coordenadora do projeto.



Fisioterapeuta trata paciente com acupuntura: oferta de práticas complementares tem contribuído para a desmedicalização e autonomia dos usuários.

Os resultados do trabalho já podem ser sentidos: melhora da autoestima, autonomia dos usuários envolvidos e difusão de práticas saudáveis são alguns dos produtos das rodas. Nas unidades básicas de saúde de Matelândia, os bons frutos têm se traduzido em índices como a redução do fluxo de usuários e do consumo de medicamentos.

Resultados parecidos têm obtido o Projeto Caminhar, que todos os dias reúne em unidades de saúde, ginásios e escolas de Matelândia grupos de terceira idade organizados por agentes comunitários de saúde para a realização de atividades físicas orientadas. A ação resultou numa redução de 50% no consumo de medicamentos entre os pacientes acompanhados na rede.

A utilização de práticas complementares como a acupuntura, oferecida pelo município em toda a rede, também tem contribuído para a desmedicalização e aumento da autonomia dos usuários. “Desde que começamos a utilizar a acupuntura para tratar pacientes com depressão, por exemplo, observamos que houve uma redução muito significativa no uso da fluoxetina entre este tipo de paciente”, conta a fisioterapeuta e acupunturista Flávia Debona.

Iniciativas como as citadas são apenas amostras de uma concepção de saúde que vem se consolidando em Matelândia na última década e meia. “Muitas das ações desenvolvidas pela Secretaria foram criadas a partir da observação da realidade e necessidade dos usuários”, explica Nilson Mattana, usuário que preside o Conselho Municipal de Saúde de Matelândia desde 2004. Nilson destaca o papel que as Conferências Municipais de Saúde – realizadas a cada quatro anos desde 1994 – tiveram no estabelecimento das atuais diretrizes do SUS local.

“O que tem se buscado é resgatar o atendimento ao usuário como um conceito mais amplo”, resume a técnica em enfermagem Marenilce Mezzomo, da USF Vila Pasa. “Aqui o paciente é visto como um todo. Não basta que a gente atenda bem ao paciente na unidade, é preciso descobrir o que o levou a desenvolver uma determinada patologia e saber o que acontece quando ele volta pra casa”.

A dentista Fernanda Pandolfo concorda: “Conhecer o usuário é essencial para o meu trabalho. E conhecer o usuário não é só conhecer os problemas da boca: é conhecer também os problemas

de moradia, de alimentação e outros”. Para ter acesso a esse conhecimento, conta a dentista, o trabalho dos agentes comunitários de saúde é essencial.

“Trabalhamos sempre com os dados trazidos pelos agentes, porque eles conhecem melhor do que ninguém as histórias de vida dos pacientes”, explica Fernanda. Trocas sobre histórias de vida de pacientes e discussão de casos, conta a dentista, têm espaço garantido durante a reunião diária de 30 minutos realizada pela equipe – às quintas-feiras, os encontros duram uma hora.

Farmacêutica bioquímica formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) com especialização em Saúde Coletiva, a secretária municipal de Saúde de Matelândia, Margarete Debertolis, faz coro com os profissionais da rede de atenção básica do município: “Em Matelândia uma unidade pode até ficar sem um médico, mas nunca sem um agente comunitário, porque é com ele que o usuário tem maior vínculo”.

Cumprindo seu quarto mandato à frente do cargo, Margarete chegou a coordenar o Programa de Saúde da Família no Paraná e, a serviço do Ministério da Saúde, acompanhou a implantação do PSF nos estados do Ceará e Amazonas. Ela estava no comando da Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia em 1998, quando a Estratégia de Saúde da Família começou a ser implantada no município em caráter experimental.

O premiado processo de implantação do PSF em Matelândia chegou a meados dos anos 2000 com 100% de cobertura e equipes bem treinadas para trabalhar sob a lógica da Saúde da Família. Mas a secretária não estava satisfeita. “Em 2006 nós já tínhamos capacitação técnica para o PSF, mas sentimos que ainda faltava alguma coisa. Descobrimos que era a humanização”, conta Margarete.

A partir desta percepção o Acolhimento passou a ser, nas palavras da secretária, o novo grande diferencial na organização dos serviços de saúde de Matelândia. “A reorganização orientada pelos princípios da Política Nacional de Humanização mostrou que tratar a saúde hoje não é mais apenas competência de um único profissional e sim de uma equipe capacitada que possa atender diferentes situações, não apenas as de caráter institucional, mas também comunitária, e não apenas se concentrar em intervenções curativas, mas também nas preventivas”, explica.

A garantia de acolhimento, assim como a resolutividade da atenção básica de Matelândia, ajudam a explicar um fato curioso que é motivo de orgulho para os profissionais da rede municipal de saúde: os cerca de dois mil trabalhadores do frigorífico que é o maior empregador do município, mesmo tendo acesso a um plano de saúde privado, têm preferido buscar atendimento na rede SUS local. Na verdade, nada que chegue a surpreender num município em que a população teve e continua a ter papel essencial na consolidação do direito a um serviço público de saúde de qualidade.

“Há um grande respeito em Matelândia com relação às conquistas que a saúde já alcançou no município. É até complicado para qualquer gestor mexer no que foi construído, porque a população não aceita”, garante a secretária. “Aqui, podemos dizer que a saúde não é política de governo: é política de estado”.

# Equipe Técnica



## **CAPÍTULO 1**

### **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica**

Dário Frederico Pasche

Enfermeiro, sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Coordenador Nacional da Política de Humanização/Ministério da Saúde (PNH/MS). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina (DE/UFSC). [dario.pasche@saude.gov.br](mailto:dario.pasche@saude.gov.br)

## **CAPÍTULO 2**

### **Atenção Básica e os Desafios do SUS**

Gustavo Tenório Cunha

Médico e pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva Social da Unicamp, doutor em Saúde Coletiva no DMPS/UNICAMP. [gustavotc@yahoo.com](mailto:gustavotc@yahoo.com)

## **CAPÍTULO 3**

### **Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica**

Maria Elizabeth Barros de Barros\*, Serafim Barbosa Santos Filho\*\*, Fábio Hebert da Silva\*\*\*, Rafael da Silveira Gomes\*\*\*\*

\*Psicóloga, Professora da Universidade Federal do Espírito Santo e Consultora da PNH. [betebarros@uol.com.br](mailto:betebarros@uol.com.br)

\*\*Médico Sanitarista, Professor da PUC/MG, pesquisador do Nescon/UFMG e Consultor da PNH. [serafimsantos@terra.com.br](mailto:serafimsantos@terra.com.br)

\*\*\*Psicólogo, Doutorando do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo e Consultor da PNH. [rsgomes33@hotmail.com](mailto:rsgomes33@hotmail.com)

\*\*\*\*Psicólogo, Doutor em Saúde Pública e Consultor da PNH. [fabiohebert@hotmail.com](mailto:fabiohebert@hotmail.com)

## **CAPÍTULO 4**

### **Redes de Saúde: uma Reflexão Sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica**

Liane Beatriz Righi.

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/Centro de Educação Superior do Norte do RS – CESNORS. [liane.righi@hotmail.com](mailto:liane.righi@hotmail.com)

## **CAPÍTULO 5**

### **A Clínica do Sofrimento Ético-Político Como uma Proposta de Intervenção na Clínica Ampliada e Compartilhada**

Ângela Maria Silva Hoepfner

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFSC. Especialista em Psicologia Social e Psicologia Clínica pelo CFP. Servidora pública municipal em Joinville/SC. Coordenadora de Projetos em Saúde Mental na Saúde Pública: UBS-ESF/SUS. Apoiadora da PNH- ESP/SC, MS, UFSC. Professora em cursos pós-graduação. angelahoepfner@hotmail.com

## **CAPÍTULO 6**

### **O Projeto Terapêutico Singular**

Gustavo Nunes de Oliveira

Médico. Mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. oliveiragn@gmail.com

## **CAPÍTULO 7**

### **Os Grupos na Atenção Básica à Saúde**

Paula Giovana Furlan\* e Gastão Wagner de Sousa Campos\*\*

Esse artigo é parte da tese de doutorado de Paula Giovana Furlan, em andamento a partir do ano de 2008, intitulada Os Grupos na Atenção Básica à saúde: avaliação participativa de um processo de formação profissional e as mudanças na prática clínica, sob orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (Departamento de Medicina Preventiva e Social/ Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas).

\* Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, com Aprimoramento, Mestrado e em doutoramento em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. E-mail: paulagio@gmail.com.

\*\*Médico Sanitarista, professor doutor titular em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva e Social/ Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas. gastaowagner@mpc.com.br

### **CAPÍTULO 8**

#### **Construindo Cultura de Paz e Não Violência; no Campo da Saúde Pública: a Mediação (Cogestão) de Conflitos; Como Possibilidade de Retomada do Diálogo Entre Partes Conflitantes;**

Ana Rita Castro Trajano.

Artigo publicado em: Revista Médica de Minas Gerais; v. 16, n. 4, Supl. 2, p. 65–138, 2006.

Consultora do Ministério da Saúde/Política Nacional de Humanização (PNH); Colaboradora do Núcleo – Saúde e Paz /Faculdade de Medicina/ UFMG e do Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação – Nete/FaE/ UFMG; Doutoranda em Educação/ UFMG; Mestrado e Graduação em Psicologia/UFMG. aritatrajano@yahoo.com.br

### **CAPÍTULO 9**

#### **Efeito Paideia e Humanização em Saúde: Cogestão e Não Violência Como Postura Existencial e Política**

Gastão Wagner de Sousa Campos

Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp. Rua Américo de Campos, 93. CEP 13083–040. Campinas/SP. *E-mail:* gastaowagner@mpc.com.br

### **CAPÍTULO 10**

#### **Grupo Balint Paideia: Ferramenta Para o Apoio Gerencial, Contribuição Para a Clínica Ampliada**

Gustavo Tenório Cunha\* e Deivisson Vianna Dantas Santos\*\*

\* Médico e pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva Social da Unicamp, doutor em Saúde Coletiva no DMPS/UNICAMP, gustavotc@yahoo.com

\*\*Médico, Psiquiatra, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, deivianna@gmail.com

### **CAPÍTULO 11**

#### **A Experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de Saúde: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em Cotidiano; Complexo;**

Bruno Mariani de Souza Azevedo

Médico sanitaria, consultor da Política Nacional de Humanização e mestrando em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. marianiazevedo@gmail.com

## **CAPÍTULO 12**

### **Saúde Indígena: distâncias que aproximam...**

Sofia Beatriz Machado de Mendonça

Médica Sanitarista, Mestre em Antropologia, Coordenadora da Formação de Recursos Humanos – Projeto Xingu, Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP/EPM. sofia.mendonca@uol.com.br

## **CAPÍTULO 13**

### **A Problematização do Cuidado ao Usuário de Álcool na Construção de Práticas Clínicas e de Gestão na Atenção Básica – A Proximidade com Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização**

Ricardo Sparapan Pena\* e Sergio Resende Carvalho\*\*

\*Consultor da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, psicólogo, mestre em saúde coletiva pela FCM/Unicamp, ricardopena7@hotmail.com

\*\*Docente em saúde coletiva – FCM/Unicamp, 2srcarvalho@gmail.com

## **CAPÍTULO 14**

### **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Rosani Pagani\*, Gustavo Tenório Cunha\*\*, Teresa Martins\*\*\*, Adriana Miranda de Castro\*\*\*\*, Olga Vânia Matoso de Oliveira\*\*\*\*\*

\*Psicóloga Sanitarista, Consultora técnica da Coordenação de Gestão da Atenção Básica / DAB/SAS/MS rosanip@gmail.com

\*\* Médico e pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva Social da Unicamp, doutor em Saúde Coletiva no DMP/UNICAMP. gustavotc@yahoo.com

\*\*\*Médica sanitaria da SMS – Campinas.

\*\*\*\*Psicóloga, mestre em psicologia e servidora do Ministério da Saúde drikamcastro@gmail.com

\*\*\*\*\*Enfermeira sanitaria e especialista em gestão de serviços de Saúde, Consultora técnica da Política Nacional de Humanização/SAS/MS. olga.matoso@saude.gov.br

Este artigo é parte do CAB – NASF

### **CAPÍTULO 15**

#### **Fitoterapia na Atenção Básica: Novas Possibilidades de Diálogo**

Maria Esther Vilela

Médica ginecologista obstetra e fitoterapeuta, consultora da PNH, trabalha com saúde da família e é professora voluntária da UNB em saúde coletiva. mariaesther.vilela@gmail.com

### **CAPÍTULO 16**

#### **BH Vida: Pensando a Implantação da Estratégia de Saúde da Família da Cidade de Belo Horizonte, Passados 10 Anos**

Carlos Alberto Gama Pinto \*

Ivan Batista Coelho\*\*

\* Médico, doutor em Saúde Coletiva. carlosgp@uol.com.br

\*\*Médico, mestre e doutorando em Saúde Coletiva ivan@medicina.ufmg.br

Os autores foram coordenadores da implantação do Programa BH Vida (estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte), no período de maio de 2000 a setembro de 2002.

### **CAPÍTULO 17**

#### **Reportagens**

17A - Quando o Imprevisto Enriquece a Melodia;

17B - E a Escuta Mudou o Olhar;

17C - Pequena Notável.

Bruno Aragão

Jornalista da Política Nacional de Humanização brunodearagao@gmail.com



DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
**Saúde**