

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

**A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde:
Apoio Paidéia e formação**

Mariana Dorsa Figueiredo

Campinas
2012



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

**A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde:
Apoio Paidéia e formação**

Mariana Dorsa Figueiredo

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos – Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp

Campinas

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F469c Figueiredo, Mariana Dorsa, 1977 -
A construção de práticas ampliadas e
compartilhadas em saúde : apoio Paidéia e formação /
Mariana Dorsa Figueiredo. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Formação. 2. Subjetividade. 3. Clínica. 4.
Paidéia, método. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The construction of expanded and shared practices in health: Paidéia support and training.

Palavras-chave em inglês:

Training

Subjectivity

Clinic

Paidéia method

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Juarez Pereira Furtado

Felicia Knobloch

Solange L'Abbate

Gustavo Tenório Cunha

Data da defesa: 15-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

MARIANA DORSA FIGUEIREDO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos

| Membros: | |
|---|--|
| Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos |  |
| Prof(a). Dr(a). Juarez Pereira Furtado |  |
| Prof(a). Dr(a). Felicia Knobloch |  |
| Prof(a). Dr(a). Solange L'Abbate |  |
| Prof(a). Dr(a). Gustavo Tenório Cunha |  |
| | |

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 15 DE FEVEREIRO de 2012

Para Marcus,

por nosso itinerário e por nossas construções

Agradecimentos

Ao Gastão, pelo apoio permanente e porque sua sabedoria, sua coerência e sua integridade estão, há anos, me inspirando e enriquecendo minha vida.

À Rosana, pela aposta, confiança e amizade, e pelo lugar especial que ocupa em meu itinerário pessoal e profissional.

Aos profissionais que participaram do curso de especialização, ajudaram a construir a pesquisa e muito me ensinaram sobre ser apoiadora.

Ao Paulinho e toda a equipe de apoiadores do curso, pela experiência e aprendizados compartilhados.

À Paula, porque caminhamos juntas.

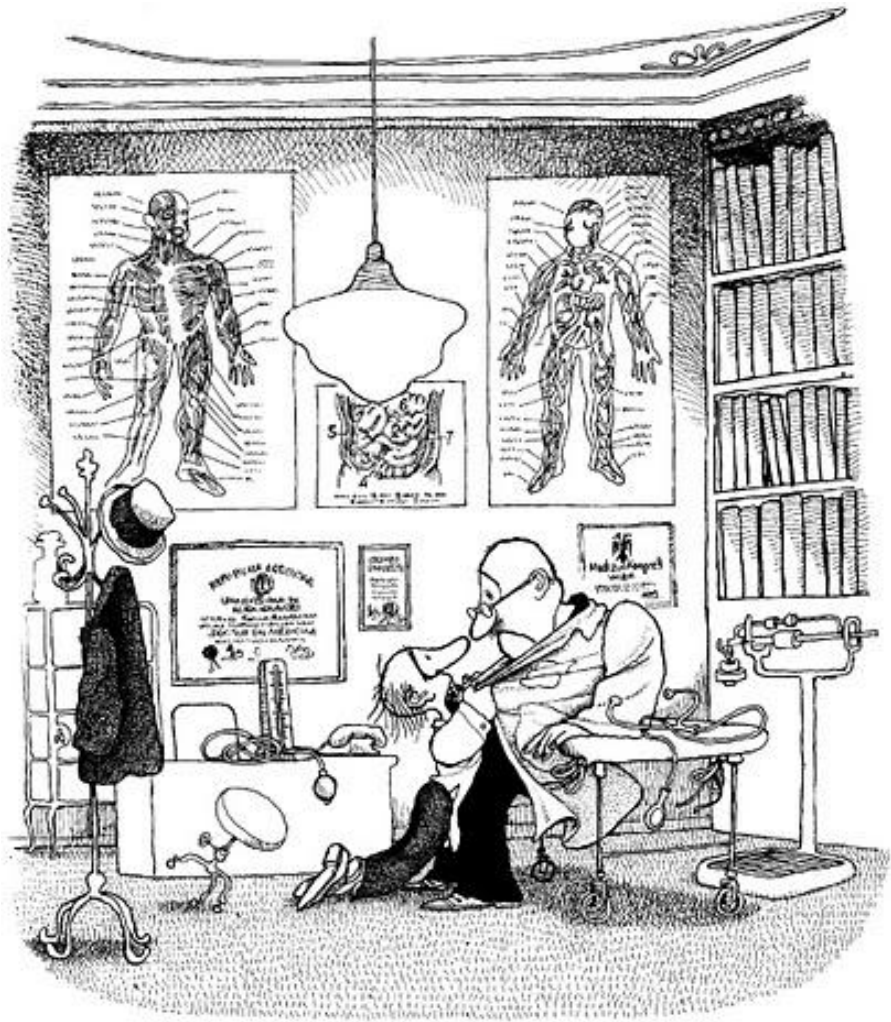
À Lilian, pela generosidade e amizade.

Ao Gustavo Tenório, pelo encantamento que seu trabalho suscita.

Aos colegas do DSC, em especial ao Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, pelas instigantes trocas.

Ao Pedro Gabriel e Juarez, pelas valorosas questões e sugestões no meio do caminho.

À Felícia, Solange, Juarez e Gustavo, por aceitarem contribuir na finalização do percurso.



—¿POR TERRIBLE QUE SEA QUIERO SABER LA VERDAD, DOCTOR: ¿SER UN SER HUMANO ES UNA ENFERMEDAD INCURABLE?

Quino. Quinoterapia. Barcelona: Lumen, 1985.

Resumo

Neste estudo abordamos o uso do Método de Apoio Paidéia (Campos, 2000a) como referencial pedagógico para processos de formação em saúde. Realizamos uma pesquisa no âmbito de um Curso de Especialização para profissionais da Atenção Básica do SUS-Campinas (SP), cujo desenho combinou ofertas teóricas, discussão de casos e práticas de intervenção. A partir de uma abordagem qualitativa e baseada na hermenêutica crítica, pretendemos avaliar os efeitos do curso nas práticas profissionais, no que se refere à abordagem da subjetividade, e analisar a eficácia do Apoio Paidéia na construção de práticas ampliadas e compartilhadas. Utilizamos diversas fontes de informação a fim de produzir diferentes perspectivas e aproximar discursos e práticas: realizamos grupos focais com os alunos/profissionais e destacamos um Projeto Terapêutico Singular acompanhado no curso para analisá-lo em profundidade e discuti-lo com sua Equipe de Referência. Além disso, fizemos uma oficina para construção coletiva de um material teórico-prático sobre práticas ampliadas e compartilhadas. O conjunto do material mostra mudanças significativas nas práticas clínicas e de co-gestão, bem como na “gestão de si mesmos”. Os alunos/profissionais desenvolveram sua capacidade reflexiva, analítica e interventiva para lidar com a complexidade e singularidade dos casos, bem como para compor saberes e práticas interdisciplinares. Ampliaram sua compreensão sobre as redes de afetos que se fazem presentes na relação terapêutica e entre a equipe, e desenvolveram competências técnicas, éticas e relacionais para atuar nas múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e coletivos. Consideramos que, ao enfatizar a troca de experiências num espaço coletivo e articular reflexão e intervenção, o Método de Apoio Paidéia possibilitou uma re-ligação dos alunos/profissionais com o projeto da Atenção Básica e favoreceu que realimentassem sua potência para enfrentar as dificuldades inerentes ao trabalho em saúde e ao contexto institucional. Destacamos, ao final, que os efeitos do processo formativo devem ser reafirmados no cotidiano de trabalho, mediante um esforço permanente de análise crítica, em espaços coletivos em que se possa interrogar a *práxis*.

Palavras-chave: formação em saúde; subjetividade; clínica ampliada; Método Paidéia.

Abstract

From a qualitative approach, we used the Paidéia Support Method (Campos, 2000a) as pedagogic reference for formation processes in health. We carried out a research including a specialization course for professionals at the Basic Attention of the Unified Health System (SUS), Campinas (SP), combining theoretical offers, case discussions and intervention practices. Based on the critical hermeneutics, we aimed to evaluate the course effects on professional practices relative to an approach to subjectivity and analyze the effectiveness of the Paidéia Support in building expanded and shared practices. We used different sources of information, aiming to produce different perspectives and bring together discourses and practices: we conducted focal groups with students/professionals and highlighted an individual therapeutic project, following the course, to be analyzed in depth and discussed with the reference team. In addition, we conducted a workshop for collectively develop theoretical-practical material on expanded and shared practices. The whole material showed significant changes in co-management and clinical practices, as well as in the “management itself”. The students/professionals developed their reflexive, analytical and intervention skills to deal with the complexity and singularity of the cases, as well as to improve knowledge and interdisciplinary practices. They also increased their understanding about the affection networks in the therapeutic relationship and among the team members, as well as developed technical, ethical and relational competences to work with constitutive dimensions of the individual and the collective. We considered that, emphasizing the exchange of experiences on a collective space and articulating reflection and intervention, the Paidéia Support Method allowed a reconnection of the students/professionals with the basic attention project, favoring their recharge to face difficulties inherent to healthcare and the institutional context. Finally, we highlighted that the effects of the training process should be reaffirmed in the everyday work, in an ongoing effort at collective and critical praxis.

Keywords: Health training; subjectivity; expanded practice; Paidéia Method.

Lista de abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AINES – Anti-inflamatórios não esteróides

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

CS – Centro de Saúde

DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HCTZ – Hidroclorotiazida

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PBL – Problem-Based Learning

PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PROMED – Programa de Incentivo à Mudança Curricular na Graduação em Medicina

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RGH – Racionalidade Gerencial Hegemônica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TelEduc – ambiente para administração de cursos na Web (software livre)

VD – Visita Domiciliar

VER-SUS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

Lista de quadros

Quadro 1: Mapa de Co-Produção do Sujeito (p. 49)

Quadro 2: Fontes de informação e combinação de instrumentos para produção do material empírico (p. 181)

Quadro 3: Desenho dos grupos focais (p. 187)

Quadro 4: Percorso metodológico e organização do material empírico (p. 205)

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| PARTE I: ITINERÁRIO | 25 |
| Introdução | 27 |
| 1. Sujeito, subjetividade e clínica..... | 33 |
| 1.1 Modelos explicativos do processo saúde-doença-atenção..... | 35 |
| 1.2 A subjetividade entre o psíquico e o social, o individual e o coletivo..... | 39 |
| 1.3 Sobre a subjetividade no mundo contemporâneo: e a clínica com isso? | 44 |
| 1.4 Clínica ampliada e gestão compartilhada | 48 |
| 1.4.1 Equipe de Referência e Apoio Matricial | 57 |
| 1.4.2 A equipe como espaço de formação e gestão | 60 |
| 1.4.3 O Projeto Terapêutico Singular | 66 |
| 1.4.4 História clínica ou história do sujeito? o diagnóstico aprofundado | 69 |
| 1.4.5 Disponibilidade e competência para estar em relação (ou... no <i>entre</i>) . | 74 |
| 2. A formação como instância de mobilização do sujeito e do trabalho em saúde: referenciais teórico-metodológicos | 81 |
| 2.1 Por uma formação que implique o sujeito na construção da realidade..... | 81 |
| 2.2 Diferentes formas de ação: uma contextualização das propostas de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde | 87 |
| 2.3 Formação como prática, prática como formação: o Apoio Paidéia, suas influências e ampliações..... | 100 |
| 2.3.1 Raízes dialéticas | 106 |
| 2.3.2 A função apoiador: suporte e impulso | 112 |
| 2.4 O Apoio Paidéia: notas metodológicas para o trajeto | 119 |
| 2.4.1 Espaços coletivos: a conformação de um lugar protegido para a reflexão e a prática | 119 |
| 2.4.2 Discussão de casos: uma releitura de Balint | 121 |
| 2.4.3 Apoio: estar em relação com... .. | 125 |
| 3. Caracterizando o campo: o Apoio Paidéia num curso de formação em clínica e gestão na Atenção Básica | 129 |
| 3.1 Contextualização e descrição do desenho geral do curso | 129 |
| 3.2 Combinação metodológica: discussão de casos, produção de intervenções e ofertas teóricas | 135 |
| 3.3 Atividades de dispersão, educação à distância e cenários de prática | 139 |
| 3.4 Avaliação multidimensional | 142 |
| 4. A pesquisa | 147 |
| 4.1 Objetivos..... | 147 |
| 4.2 Referenciais metodológicos..... | 148 |
| 4.2.1 Considerações sobre a concepção de ciência e a pesquisa social | 148 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.2.2 | Sobre o método e a abordagem qualitativa | 151 |
| 4.2.3 | Uma postura hermenêutica | 156 |
| 4.2.4 | O estudo de caso | 167 |
| 4.3 | O campo: turma B e o contrato da pesquisa | 171 |
| 4.4 | Estratégias para produção do material empírico: polifonia e diversificação das fontes de informação..... | 176 |
| 4.4.1 | Os grupos focais: descrição da técnica e de como procedemos | 182 |
| 4.4.2 | A discussão com a Equipe de Referência: itinerário das intervenções | 189 |
| 4.4.3 | A oficina..... | 191 |
| 4.5 | Análise e interpretação: a construção de narrativas | 193 |

PARTE II: CONSTRUÇÕES..... 207

5. O Projeto Terapêutico Singular e o itinerário das intervenções 209

| | | |
|-----|--|-----|
| 5.1 | O reconhecimento da biografia de D. Ana: da cobrança mútua ao apoio e à colaboração..... | 210 |
| 5.2 | Narrativa da equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno | 226 |
| 5.3 | Notas sobre o apoio ao grupo e ao acompanhamento desse caso | 231 |

6. Os efeitos do curso ou o que a reflexão e a experiência compartilhada mobilizaram: nosso enredo sobre as narrativas dos alunos/profissionais 237

| | | |
|-----|---|-----|
| 6.1 | Sobre a clínica: escutar, refletir, compartilhar | 238 |
| 6.2 | Sobre a gestão e o trabalho em equipe: interfaces gestão-subjetividade.... | 249 |
| 6.3 | Sobre a gestão de si mesmo ou o “ser profissional de saúde”: o trabalho como obra | 260 |
| 6.4 | Sobre o Apoio Paidéia: o coletivo e a experiência de “(co)mover-se”..... | 263 |

7. Juntando tudo: algumas conclusões 271

| | | |
|-----|--|-----|
| 7.1 | Efeitos, movimentações, desvios | 273 |
| 7.2 | Outra maneira de concluir: o material construído a partir da oficina | 281 |

8. Referências Bibliográficas 289

9. Anexos..... 301

| | |
|------------------|-----|
| Anexo I | 301 |
| Anexo II..... | 303 |
| Anexo III | 304 |
| Anexo IV | 309 |
| Anexo V..... | 310 |
| Anexo VI..... | 311 |
| Anexo VII..... | 312 |
| Anexo VIII | 314 |
| Anexo IX | 315 |
| Anexo X..... | 316 |

| | |
|-------------------|-----|
| Anexo XI | 318 |
| Anexo XIV | 322 |
| Anexo XV | 324 |
| Anexo XVI | 325 |
| Anexo XVII | 327 |
| Anexo XVIII | 328 |
| Anexo XIX | 334 |

PARTE I: ITINERÁRIO

Introdução

Este trabalho nasceu do desejo de refletir sobre as possibilidades de apoio à formação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de práticas sensíveis à dimensão da subjetividade presente no processo saúde-doença. Destacamos como objeto de pesquisa a metodologia de Apoio Paidéia (Campos, 2000a) e sua aplicação num curso de especialização em clínica e gestão na Atenção Básica, do qual participamos como apoiadores.

Consideramos que, a despeito dos inúmeros avanços no desenvolvimento da política de atenção em saúde no Brasil, a hegemonia do modelo biomédico ainda compromete a abordagem da complexidade biopsicosocial da saúde, e do que é mais especificamente humano no encontro entre profissionais e usuários. Assim, permanece o desafio de aprimorar a formação dos profissionais, ampliando o diálogo com outros campos de saber e aprofundando as interfaces da clínica, da saúde coletiva e da gestão. Uma formação que busque o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais para a compreensão das múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e coletivos, para o trabalho interdisciplinar e em equipe, e para uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas.

Ressalta-se a importância desse tema ao se considerar a Atenção Básica como eixo estruturante para o sistema de saúde, onde se espera que sejam resolvidos cerca de 80% dos problemas de saúde (Starfield, 2002), geralmente os mais comuns e menos definidos, mas nem por isso menos complexos, já que resultam da interação de variáveis de diversas ordens: políticas, econômicas, biológicas, culturais, psicológicas, etc. No SUS (Sistema Único de Saúde), a expansão da Atenção Básica tem se dado prioritariamente através da

implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), um modelo de atenção de base comunitária e territorial, centrado na família, no seu ambiente físico e social, e baseado na assistência, prevenção e promoção da saúde, de forma integrada e contínua para uma área territorial adscrita (Brasil, 2006). Embora isso possibilite, em tese, a compreensão e atuação junto aos diversos determinantes do processo saúde-doença, o conjunto de referenciais teóricos e práticos que podem ajudar no manejo dos processos subjetivos e sociais, de modo a retomar o foco na vida do sujeito e nas suas múltiplas condições de existência, continua insuficientemente incorporado nas práticas profissionais.

Diversas pesquisas (Figueiredo, 2006; Tanaka & Ribeiro, 2006; Traverso-Yépez & Morais, 2004) demonstram as dificuldades das equipes de saúde da família para lidar com questões afetivas, emocionais e relacionais, bem como com os diversos problemas advindos das condições sociais, os quais constituem importante demanda para a Atenção Básica. Muitas vezes essas demandas são encaminhadas para os profissionais de saúde mental, sem que se caracterize claramente a necessidade de atenção especializada. Isso faz com que sofrimentos, dificuldades e problemas cotidianos, que poderiam ser acompanhados pela equipe interdisciplinar, passem a ser “psicologizados” e “medicalizados” (Tesser, 2006), o que também prejudica a equidade e o acesso de casos mais graves e de maior risco à atenção especializada (Figueiredo, 2006).

Entretanto, é importante destacar que o desafio de instaurar práticas ampliadas não é exclusivo da Atenção Básica. Serviços especializados, ainda que obrigados a conservar o foco temático, deveriam realizar uma clínica ampliada e considerar a pessoa como sujeito de conhecimento e de direitos (Campos & Amaral, 2007). As propostas de apoio à formação discutidas nesse trabalho, ainda que partam de uma experiência junto a

profissionais da Atenção Básica, também podem ser úteis para outros tipos de serviço. Inclusive, as diretrizes de clínica ampliada e co-gestão com as quais trabalhamos apontam a necessidade de aproximação entre os especialistas e as equipes da Atenção Básica para o funcionamento dinâmico da rede de atenção.

Independente do tipo de serviço, para ter resolutividade e eficácia terapêutica, as práticas em saúde precisam se articular ao universo emocional, simbólico e cultural dos sujeitos, que remetam à construção de sentidos que lhes abram possibilidades de ação e responsabilização em relação a si mesmos, sua rede social e seus problemas de saúde. Para isso, consideramos necessário promover processos de formação profissional que operem tanto na dimensão técnica, como na dimensão da experiência relacional, que contemplem ferramentas conceituais e técnicas, mas que contemplem também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nessa relação. É com essa perspectiva de formação que trabalhamos.

Durante os últimos anos, em nossa inserção no “Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia” – um conjunto de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)¹ da Unicamp – temos experimentado a aplicação do método de Apoio Paidéia (Campos, 2000a) como referencial teórico-metodológico em alguns processos de formação em saúde. Essas experiências têm se dado tanto no âmbito da graduação², como nos cursos de especialização oferecidos periodicamente pelo DMPS. Os cursos se estruturam a partir da combinação de discussão de casos, práticas de intervenção e ofertas teóricas, de modo a

¹ Em 2011 o DMPS passou a se chamar Departamento de Saúde Coletiva, a fim de demarcar uma maior sintonia entre as práticas de seus atores e o campo no qual, de fato, se inserem na atualidade.

² MD 945 “Saúde Coletiva” do 5º ano de medicina, e MD 142 e 242 “Ações de Saúde Pública I e II” do 1º ano de medicina e fonoaudiologia.

estimular que, além da incorporação de novos conceitos e paradigmas, sejam desencadeadas intervenções concretas (Furlan & Amaral, 2008). Tratam-se, portanto, de inovações nos conteúdos teóricos, avançando no campo da proposta de clínica ampliada e gestão compartilhada, assim como no método de ensino-aprendizagem, utilizando discussões de casos reais e construção de Projetos Terapêuticos e de Intervenção para institucionalização de novas práticas.

O trabalho que ora apresentamos é resultado de uma pesquisa realizada no âmbito do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, oferecido para profissionais da Atenção Básica do SUS-Campinas (SP) entre os anos de 2008 e 2009. A pesquisa teve como objetivos: 1) avaliar os efeitos desse curso na formação e nas práticas dos profissionais, no que se refere à abordagem da dimensão da subjetividade; e 2) analisar a eficácia da proposta metodológica de Apoio Paidéia na construção de práticas ampliadas e compartilhadas.

Na primeira parte do trabalho, começaremos apresentando as concepções de sujeito e de subjetividade com as quais trabalhamos, bem como as propostas de clínica ampliada, co-gestão e alguns de seus arranjos e dispositivos. Na seqüência, adentraremos no tema da formação em saúde, e faremos algumas reflexões sobre a construção do conhecimento e a produção de subjetividade. Abordaremos alguns métodos de ensino-aprendizagem utilizados no campo da saúde e seguiremos apresentando a proposta de Apoio Paidéia, seus “parentescos” teórico-metodológicos, seus pressupostos e principais eixos que orientam o trabalho do apoiador. Faremos a descrição do curso que é objeto da pesquisa no terceiro capítulo e, no quarto, uma exposição sobre nossos posicionamentos como pesquisadores e

sobre o método de pesquisa que assumimos para a aproximação ao campo e para a interpretação do material empírico.

Na segunda parte, encontram-se as construções realizadas a partir do exercício interpretativo. Inicialmente, no capítulo 5, apresentaremos um caso acompanhado durante o curso, a fim de analisar as intervenções realizadas e o que se produziu em termos do processo de ensino-aprendizagem, partindo dos pontos de vista do aluno/profissional por ele responsável e de sua equipe local de trabalho. No capítulo 6, visitaremos as narrativas dos alunos/profissionais sobre os efeitos do processo formativo, alinhando suas construções às nossas próprias análises, com base no conjunto do material empírico, em nossas percepções como apoiadores e nas tradições teóricas que assumimos. Ao final, traremos nossas reflexões sobre a metodologia de Apoio Paidéia aplicada à formação em saúde e também apresentaremos um material teórico-prático com algumas orientações para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde, que foi construído em conjunto com os alunos/profissionais a partir de sua experiência nesse curso. Esperamos, assim, poder contribuir no aprimoramento das propostas de formação em saúde, na busca pela consolidação dos princípios do SUS.

1. Sujeito, subjetividade e clínica

“Homem? É coisa que treme.”
(Guimarães Rosa, 1983)

Nove da manhã. Judite aguarda ser chamada pelo doutor. Suas pernas doem e aquela pressão não lhe sai do peito. Já fez o almoço pro filho, que mais um dia foi procurar trabalho: arroz, macaxeira e torresminho. Para ela, comida boa é essa: que agrada e sustenta. *Ainda tenho que fazer a fisioterapia no Ismael, dar a comida e arrumar a bagunça das crianças* – pensa ela. *Não bastasse o Ismael acamado, a Sueli deixou os três meninos pra eu criar... Melhor assim, ela não é flor que se cheire mesmo, onde já se viu... amigou com aquela criatura, porcaria de gente que mexe com droga, sabe-se lá onde vão parar. Como é que eu vou fazer? O mais velho, coitado, só dá problema na escola: bate em todo mundo, não aprende, três anos na quarta série.* Judite se sente mal. A boca seca, as pernas formigam, muito cansaço e fraqueza, dor de cabeça. *É a tal da diabetes que anda descontrolada. Mais essa agora... Misericórdia! O que eu fiz pra merecer isso?*

- *Judite Aparecida!* – o médico chama.

Ela entra, senta e abraça a bolsa sobre o colo.

Caneta em punho, folhando o prontuário, Dr. Tadeu lhe pergunta: - *Como é que é D. Judite, tá tomando os remédios direitinho?*

- *Tô sim doutor. Os dois amarelinhos de manhã, mais o verdinho, os da hora do almoço e os da noite, igual ao da manhã.*

Olhando os exames: - *Sei... Só que a glicemia tá muito alta... E a dieta, não tá seguindo né?*

- *Eu tô comendo bem, do jeitinho que o senhor mandou. Só às vezes que eu como um docinho. É por causa das crianças, sempre tem bolacha em casa, eu gosto de fazer um agrado pra eles, coitados, longe da mãe...*

- *Mas não pode D. Judite... Tenta trocar por uma fruta quando tiver vontade de beliscar. Vamos aferir a pressão. A senhora está muito nervosa? Tá com muito problema em casa?*

- *Ixi... se tô! Agora com os meninos lá... a mãe deles não tem jeito.*

- *Está um pouco alta a pressão D. Judite. Agora vamos pesar. Ih! 98kg.*

- *É... com tanta preocupação, sobra pouco tempo...*

- *Olha D. Judite, eu tinha falado que se a glicemia não controlar eu ia entrar com a insulina. Vou prescrever uma vez ao dia, porque os exames não estão bons e se não controlar vai ter complicação. A senhora não quer ficar cega, quer? Nem perder a perna, né? Então, entregue o papel pra enfermeira que ela vai ensinar como faz.*

Já abrindo a porta, Judite murmura: *Diabo, insulina eu não tomo não... Mano Clécio morreu foi quando começou com a insulina...*

O relato, composto por uma miscelânea de situações clínicas apreendidas em diferentes contextos, anuncia as questões que mobilizaram a proposta deste trabalho: Qual o lugar do sujeito na clínica? Pode a clínica prescindir de tomar o sujeito, seus desejos, crenças, escolhas e modos de vida como eixo central de trabalho? Qual a eficácia de uma clínica que aborda a doença ou o risco de adoecer dissociando-os da existência das pessoas e de como elas vivenciam e dão sentido ao adoecimento? Como ampliar a clínica para recolocar o foco na vida do sujeito em suas múltiplas condições – sociais, econômicas, emocionais, ambientais, culturais? Com quais categorias e instrumentos atuar nesse campo aberto e complexo?

A perspectiva subjetiva e sócio-cultural tem sido cada vez mais abordada no campo teórico da Saúde Coletiva, com o propósito de qualificar e legitimar a assistência no SUS. No entanto, o modelo biomédico ainda norteia, em grande medida, as práticas em saúde e, amiúde, prevalece o foco nos determinantes biológicos da doença, no indivíduo como objeto do conhecimento e da prática, e as abordagens prescritivas, pouco dialogadas. Como quisemos representar no relato acima, ainda é bastante comum a expropriação da dimensão sócio-cultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde (Luz, 1988; Vaitsman, 1982; Campos, 2003).

Neste capítulo visitaremos alguns referenciais teóricos para refletir sobre como essas dimensões podem ser incorporadas na prática clínica e na compreensão sobre o processo saúde-doença-atenção. Partindo das tradições da Saúde Coletiva e do campo “psi”, apresentaremos alguns conceitos, arranjos e dispositivos que podem contribuir tanto

para o aprimoramento da formação profissional como para a criação de condições institucionais favoráveis à ampliação da clínica.

1.1 Modelos explicativos do processo saúde-doença-atenção

Ao longo da história da humanidade emergiram diferentes olhares sobre a doença, que transitaram do mágico/ religioso ao empírico, à consolidação do olhar científico e do olhar social (Scliar, 2002). Sem a pretensão de detalhá-los, traremos uma visão geral sobre como os diferentes modelos endossam a interação das dimensões biológicas, subjetivas e sociais, e como a categoria subjetividade entra em cena no campo da Saúde Coletiva.

No século XVIII, quando as condições de moradia, água e esgoto nas cidades européias eram muito precárias, acreditava-se que as doenças eram causadas pelos fedores que contaminavam os humores do corpo. Com o início do processo de industrialização e organização do Estado, aparece a necessidade de um conhecimento sistematizado sobre a população, a fim de controlar a vida econômica e social. Vários países começaram a implantar medidas de saúde pública vinculadas ao saneamento e a higiene, promovendo verdadeiras revoluções urbanas em prol da prevenção das epidemias. Isso assinala as primeiras relações entre os fatores sociais, as condições de vida e a doença, e desencadeia ações de caráter coletivo e, a partir do que se chamou de polícia médica, coercitivo (Rosen, 1979; Nunes, 2000). A saúde pública nasce, portanto, sem grande relação com a medicina, e voltada às intervenções urbanísticas. Essa separação da medicina, bem como o caráter controlador e coercitivo, são tensões constitutivas do campo da saúde pública e até hoje não estão resolvidas.

Já no século XIX, grandes descobertas marcam a institucionalização do movimento científico: o advento da bacteriologia e parasitologia deu impulso à teoria dos germes (um germe – uma doença) e permitiu a descoberta de agentes etiológicos e de meios para evitar a contaminação (vacinas, eliminação de vetores, bloqueios de focos). Sob predomínio do pensamento positivista, ganham ênfase os determinantes biológicos, alavancando um modelo unicausal como paradigma explicativo da doença (Nunes, 2000). A saúde pública se vincula à medicina preventiva e as ações se voltam para a clínica, concentrando-se nos aspectos individuais e curativos, paradigma este que se tornou hegemônico e ainda se imprime fortemente no modelo médico atual.

A idéia de multicausalidade se desenvolveu em meados do século XX, como um enfoque alternativo para a impossibilidade do modelo anterior de abarcar as complexas e precárias condições de saúde e de vida da população. Leavell & Clarke (1976) apontaram, com o Modelo da História Natural da Doença, que haveria vários determinantes em interação: agente (elementos nutritivos, físicos, químicos ou biológicos), hospedeiro (o ser humano e suas características, como idade, sexo, hábitos) e meio-ambiente (condições externas que afetam a vida). A doença passou a ser vista como processo, da pré-patogênese à patogênese, e a requerer diversos tipos de intervenção (promoção, prevenção, diagnóstico precoce, limitação dos danos, reparação/cura e reabilitação). No entanto, apesar de possibilitar uma análise mais abrangente, o foco da tríade ecológica centrava-se nos aspectos biológicos individuais e nas condições físicas e ambientais, mantendo à margem a contextualização social, econômica e cultural como inerentes aos fenômenos de saúde e doença. O termo “social” aparece mais como o envoltório de vida das pessoas do que como mecanismo explicativo (Arouca, 1975; Figueiredo & Furlan, 2008).

Nos países latino-americanos, entre as décadas de 60 e 70, a Medicina Social inaugurou a abordagem do processo saúde-doença como processo social. Sob o marco do materialismo histórico, centrou suas análises na desigualdade do sistema social vigente, apontando a estrutura das forças de produção como principal determinante da doença. Assim, estudos, interesses e preocupações se voltaram para elementos como classe social, renda, etnia, educação, migração e ambiente de trabalho, bem como o acesso à saúde e as formas que assumem as políticas públicas. Contudo, na tentativa de superar o modelo exclusivamente biologicista, pouco se pensou sobre a clínica, a não ser para criticar seu caráter individual e seus fundamentos biomédicos. Ao privilegiar a relação entre saúde e estrutura social, operava-se nova redução, perdendo as referências à especificidade biológica ou subjetiva dos processos de adoecimento. Se por um lado o referencial estrutural-marxista ajudou na formulação de critérios como a universalidade, equidade e no conceito ampliado de saúde, contribuiu de modo insuficiente para o entendimento do emaranhado de relações e da complexidade de categorias presentes no processo de saúde-doença-atenção (Onocko Campos, 2006).

A Saúde Coletiva brasileira nasce nos anos 70 sob esse panorama e insere o debate sobre a saúde no plano das políticas públicas sociais. Criticava tanto o modelo biomédico como o da saúde pública tradicional, marcada pela postura higienista/ autoritária e por ações que visavam o estabelecimento da ordem econômica e social. O desafio primordial, nessa época, era o movimento político para a construção de um sistema público de saúde e sua institucionalização jurídico-legal, a fim de garantir o direito e o acesso à saúde. A categoria sujeito, nesse momento, esteve mais ligada ao processo coletivo de transformação social e de ação política para formulação da Reforma Sanitária e do SUS (Neto *et al*, 2011),

e desse modo, o pensamento da Saúde Coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos na produção de saúde-doença e na construção do cotidiano e da vida institucional (Campos, 2000b).

Após avanços na implantação do SUS, tornou-se possível – e necessário – voltar atenção às práticas de saúde, ao cotidiano da assistência e ao contexto das relações micro-políticas (Campos, 1992). Assim, o referencial estruturalista foi dando lugar a estudos sobre temas como representação social e cotidiano (Burlandy & Bodstein, 1998) do ponto de vista antropológico e simbólico, abordando percepções, valores, atitudes e crenças, e tentando compreender o adoecimento a partir do que é vivenciado pelos sujeitos (Nunes, 2000). Paralelamente, foi se construindo uma conexão entre práticas assistenciais (clínica) e práticas de gestão (política), entre a produção de saúde e a produção de sujeitos, e se realçaram categorias como interdisciplinaridade, vínculo, ampliação da clínica, gestão compartilhada. Já não bastava ampliar a cobertura e o acesso à saúde, mas colocava-se o desafio de qualificar a assistência e transformar as práticas para, efetivamente, mudar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas. Era preciso retomar a clínica como objeto de análise da Saúde Coletiva, mas para reformulá-la e ampliá-la. E era preciso também recolocar a categoria sujeito para pensar a inter-relação entre as equipes de saúde e os usuários, e resgatar sua capacidade de lidar com a teia de elementos que atuam no processo de produção da saúde (Campos, 1992).

Assim, foi apenas perto da transição para o século XXI que temáticas relativas à subjetividade no processo saúde-doença-atenção e à dimensão relacional e dialógica das práticas de saúde se realçam e entram na pauta da Saúde Coletiva, como exemplificam algumas produções recentes de autores emblemáticos da área (Campos, 1997; 2000a;

Merhy, 1997; Ayres, 2001; Onocko Campos, 2003a; 2005a). Essas condições históricas e institucionais do campo da saúde demandaram contribuições das ciências humanas para compreender as práticas clínicas e de gestão como práticas inter-relacionais, como encontro de subjetividades, e para operar com as dimensões do afeto e do poder que disso decorrem. Dessa forma, ampliou-se o diálogo interdisciplinar no campo da saúde, com destaque para a filosofia e a psicanálise que, em suas diferentes linhas teóricas, têm muito a contribuir para pensar as relações institucionais e as produções subjetivas.

Entretanto, esses referenciais continuam incipientes na formação e nas práticas profissionais. Ainda hoje, no cotidiano do trabalho em saúde, permanece o desafio da apropriação desse arcabouço teórico-prático para a compreensão dos afetos, valores e da maneira como os sujeitos se inserem no mundo, e para o apoio à construção de outras formas de lidar com a saúde, diferentes das já estabelecidas, para que os sujeitos possam buscar novas bases para pensar, sentir e agir sobre a própria vida.

1.2 A subjetividade entre o psíquico e o social, o individual e o coletivo

De acordo com Neto *et al* (2011), a tematização da subjetividade na Saúde Coletiva segue diferentes inspirações teóricas e sua utilização é marcada por uma composição híbrida de distintas orientações e escolas de pensamento, coincidindo com o caráter interdisciplinar que o campo admite.

Afirmando nossa proximidade à tradição da psicanálise, a destacamos como uma matriz fundamental para lançar luz à noção de sujeito e subjetividade, partindo de dois princípios básicos que podem enriquecer o entendimento tanto dos processos de adoecimento, quanto dos processos de inter-relação para a produção de saúde. O primeiro é

a compreensão de que o sujeito é movido não somente por processos conscientes – como sugeria a máxima cartesiana *penso, logo sou* – mas por uma parte de si que não é conhecida, por desejos e motivações inconscientes que definem posturas e comportamentos sob os quais o sujeito não tem controle. E o segundo é a dissolução da cisão entre mente e corpo. Novamente rompendo com Descartes, Freud (1975 [1932]); afirma que o psiquismo repousa sobre o orgânico e tem aí sua fonte, e isso significa simplesmente que a pessoa é uma só e que a doença não está dissociada da vida.

Assumir o inconsciente e a unidade mente-corpo permite-nos pensar o processo saúde-doença como inexoravelmente ligado à história do sujeito e sua constituição no terreno familiar e na interiorização de traços da cultura. A influência da subjetividade pode ser observada tanto na evolução da enfermidade, quanto no desenvolvimento do autocuidado e de modos de vida favoráveis a padrões mais ou menos saudáveis (Soares & Camargo Jr., 2007; Traverso-Yépez & Morais, 2004). Os significados atribuídos à saúde ou à doença se inserem no imaginário que o sujeito constrói em relação a seu próprio corpo, às suas vivências de prazer e dor, e são moldados pelas suas experiências subjetivas (Guimarães & Meneghel, 2003). A doença pode, por exemplo, ser vivida como castigo, como crise que representa passagem, como estratégia de sobrevivência frente às adversidades do contexto de vida. E as intervenções em saúde ganham potência quanto mais são capazes de lidar com o modo como a pessoa vivencia e dá sentido à doença e ao tratamento, bem como com as relações que a partir disso se estabelecem no meio familiar, social e no próprio serviço de saúde. Essas singularidades oferecem valiosas pistas para as intervenções, contudo só podem ser acessadas se na relação clínica o sujeito doente e suas construções subjetivas puderem aparecer.

Não queremos dizer com isso que os profissionais de saúde devam se “converter” em psicoterapeutas, mas a psicanálise e sua técnica centrada na palavra, na relação transferencial e na interpretação das manifestações do inconsciente coloca em xeque o modo cético com que o modelo biomédico tende a minimizar ou tentar controlar os fenômenos subjetivos, como se as intervenções em saúde pudessem ser unicamente campo de certezas e prescindir das dimensões conflitiva e imprevisível que acompanham as pessoas, os pacientes, os profissionais de saúde. A psicanálise traz para o campo da saúde o convite à valorização da narrativa no processo terapêutico, da dinâmica da relação profissional-paciente e dos afetos aí presentes, temas nos quais transitaremos mais adiante.

Antes disso, queremos ressaltar que os conceitos *sujeito* e *subjetividade* requerem uma apreciação cuidadosa sobre as implicações colocadas pelos teóricos e pelas escolas de pensamento que deles trataram e sobre as maneiras como podem ser resgatados e articulados com outras redes conceituais. Foge aos limites deste trabalho mapear essas diferentes e muitas vezes antagônicas concepções, mas é preciso, isso sim, expor a nossa perspectiva.

A concepção de subjetividade que assumimos não se circunscreve aos fenômenos intra-psíquicos e individuais, tampouco julgamos que o sujeito se resume às estruturas psíquicas que o determinam, a despeito de alguns reducionismos presentes na história do campo “psi” e de algumas críticas feitas à psicologia e à psicanálise por supostamente centrarem-se em demasiado no indivíduo em seu espaço íntimo e de interioridade psicológica. O pensamento de Freud (1975) e Winnicott (1975), entre outros autores da psicanálise, permite-nos considerar que o próprio inconsciente é social e histórico, constituído na interação com os primeiros outros que nos cercaram, mas também com o

ambiente, com a sociedade e com a cultura. Na psicologia social de Pichón-Rivière (1985) e no construtivismo sócio-histórico de Vygotsky (1988) também encontramos a noção de sujeito intersubjetivo, que emerge do agir concreto com os outros no mundo social³. Ainda, aproximamo-nos do pensamento de Guattari & Rolnik (1996), para quem a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo, mas permanentemente produzida no terreno político-social.

Assim, entendemos a subjetividade como produto das relações entre o mundo interno e o mundo social, o que marca a singularidade na formação do indivíduo e na construção coletiva de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural. Ela possui uma relação indissolúvel com a alteridade e o mundo social, portanto é preciso deixar de lado as oposições entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social⁴. Contudo a subjetividade não é algo etéreo, não material, mas é primordialmente corporificada (Serpa Junior *et al*, 2007), ou seja, também não há dicotomia entre o sujeito e seu corpo, mas um corpo-sujeito (Birman, 2007), ou um corpo-subjetivo (Canguilhem, 1978). A subjetividade emerge da relação de um organismo em interação com o meio – humano e físico – em que vive e, neste sentido, é enraizada no mundo, situada em contexto.

Nas palavras de Bezerra Jr (2007), a experiência subjetiva resulta

(...) de uma complexa rede de elementos biológicos e psicológicos, individuais e coletivos, conscientes e inconscientes, idiossincráticos e sociais. Ela é composta tanto de significados que podem ser compartilhados quanto de sentidos encarnados – nem sempre exprimíveis ou acessíveis à consciência porque inscritos numa dimensão pré-reflexiva ou pré-verbal. Ela é algo que surge como resultado das interações (...) entre o corpo e o ambiente físico e simbólico, entre o

³ Esses autores serão retomados no próximo capítulo, quando faremos uma exposição dos principais conceitos e categorias que inspiram o método com o qual trabalhamos.

⁴ Usamos o termo *subjetivo* quando queremos destacar a oposição ao que é *objetivo* ou *verificável objetivamente*, bem como os fenômenos da ordem da experiência privada, individual. Já o uso do termo *subjetividade* leva em consideração as tensões implícitas e vigentes entre o individual e o social.

indivíduo e o universo humano que o acolhe e o constitui como sujeito. A fonte da vida subjetiva deixa de ser vista como estando exclusivamente na fantasia inconsciente, no cérebro ou nos traços sociais que inscrevem o indivíduo numa totalidade, e passa a ser compreendida como emergindo da ação no mundo, que engloba todos esses aspectos sem se reduzir a nenhum deles (Op. Cit.: p.24).

Tudo isso nos faz reconhecer que o sujeito, embora possua uma *identidade*, também está em constante processo de vir-a-ser, de tornar-se sujeito – por isso o uso freqüente dos termos *modos* ou *processos de subjetivação* – e coloca em foco a dimensão política da subjetividade, em sua conexão com os processos sociais. Como afirma Campos (1992), “*é na gestão do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados*” (p.94).

O caráter dinâmico e a dimensão política são demarcadores da noção de subjetividade, tal como a concebem Guattari & Rolnik (1996). No trabalho de Mansano (2009), encontramos uma síntese do pensamento desses autores:

(...) a subjetividade implica em uma produção incessante que acontece a partir dos encontros que vivemos com o outro. Nesse caso, o outro pode ser compreendido como o outro social, mas também como a natureza, os acontecimentos, as invenções, enfim, aquilo que produz efeitos nos corpos e nas maneiras de viver. Tais efeitos difundem-se por meio de múltiplos componentes de subjetividade que estão em circulação no campo social. Por isso mesmo (...) a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social (Mansano, 2009: p.111).

Os processos de subjetivação se dão a partir de uma série de instituições, práticas e procedimentos vigentes em cada tempo histórico, isto é, a linguagem, a tecnologia, a ciência, a mídia, o trabalho, o capital, a informação, enfim, os equipamentos sociais e os dispositivos políticos de poder, da cultura e dos modos de produção que vão definindo modos de ser e estar no mundo (Mansano, 2009). Mas, a despeito das regras e valores dominantes que organizam a vida em sociedade, o sujeito realizaria uma apreensão parcial de toda a heterogeneidade presente no contexto social:

Assim, valores, idéias e sentidos ganham um registro singular (...). Essa produção de subjetividades, da qual o sujeito é um efeito provisório, mantém-se em aberto uma vez que cada um, ao mesmo tempo em que acolhe os componentes de subjetivação em circulação, também os emite, fazendo dessas trocas uma construção coletiva viva (Op. Cit.: p.111).

O que nos importa destacar dessa concepção é que a produção de subjetividade aconteceria em meio a uma luta, daí sua dimensão política. Os elementos que participam nos processos de subjetivação podem ser permanentemente abandonados, modificados e reinventados pelos sujeitos e postos em circulação na vida social. Apesar dessas reinvenções estarem o tempo todo sendo tencionadas a se encaixar nos registros das referências dominantes, elas propiciam a experimentação de maneiras diferentes de perceber o mundo e de nele agir. Um processo de singularização, que ressalta também a dimensão desejante que põe a vida em movimento.

1.3 Sobre a subjetividade no mundo contemporâneo: e a clínica com isso?

Os modos de subjetivação próprios de nossa sociedade são marcados pela regulação e normatização do desejo e por uma produção contínua de necessidades que operam como material de combustão para o sistema capitalista. Entre outros processos característicos da contemporaneidade, podemos apontar a massificação (da produção, da cultura, da comunicação); a valorização do consumo e da acumulação (de poder, de capital, de conquistas, de produtos); o ideal da saúde e do corpo perfeitos; a virtualidade e o borramento das fronteiras entre real e imaginário; a fluidez do tempo e o imediatismo. São processos que influenciam os modos de ser e estar no mundo, e as formas de relação entre os sujeitos. Além disso, as conformações sociais têm se pautado pela violência, pela banalização do outro e pelo empobrecimento dos laços comunitários: uma sociabilidade

degradada, como nomeou Onocko Campos *et al* (2008), que restringe as possibilidades de trocas sociais e de enxergar o outro como legítimo na convivência. Ainda, os deslocamentos contínuos induzidos pela pobreza, pela precariedade do trabalho e pela forma de organização urbana e rural têm reduzido as referências das pessoas à sua história e o sentimento de pertença ao seu território, suas raízes e sua cultura (Santos, 2002).

Esse panorama de nosso tempo pode, a princípio, parecer demasiadamente trágico e pessimista. Mesmo assim, não abrimos mão de uma visão mais esperançosa da capacidade humana de resistir e criar novas formas para viver, bem como da possibilidade de uma globalização solidária, como defendia Milton Santos (2002). Contudo, o rumo das construções sociais não parecem indicar o declínio a curto ou médio prazo do que descrevemos acima e, em todo caso, cabe-nos reconhecer as realidades presentes e suas tendências. Cabe-nos refletir sobre como os processos de subjetivação têm interferido na produção do adoecimento e do sofrimento, assim como nas próprias soluções encontradas para enfrentá-los.

As condições de vida e trabalho impostas pela globalização pressionam e degradam a situação de saúde da maioria da população, particularmente na periferia das grandes cidades brasileiras, onde persistem os processos de exclusão e desigualdade social. O imperativo do consumo, a visão do corpo como espetáculo, a carência de apoio social e do sentimento de pertença repercutem na forma que os sujeitos encontram para lidar com as próprias fragilidades e vêm contribuindo no aumento da incidência de quadros depressivos, transtornos alimentares, queixas somáticas e abuso de álcool e outras drogas (Lazzarini & Viana, 2010; Birman, 2007).

Para Knobloch (2002), o corpo tem sido palco das aflições do sujeito contemporâneo. Segundo a autora, as mudanças sociais têm sido cada vez mais constantes e velozes: a todo o momento muda-se o mundo, mudam-se os valores e as configurações sociais. Com isso, muda também nossa consistência subjetiva, o que nos coloca face a uma crise permanente. E se toda crise convoca a produção de novos sentidos, a realização corporal do adoecimento e do sofrimento estaria apontando para o que ainda é impossível de ser representado, simbolizado. Nesse momento de fluidez subjetiva, o corpo apareceria como ponto de ancoragem, como tentativa de materializar o que escapa à representação.

Esses processos característicos da contemporaneidade, especialmente, a expressão corporal do sofrimento, se conectam com o que chamamos de medicalização social. Como aponta Tesser (2006), o campo de intervenção da biomedicina vem se expandindo progressivamente, e redefinindo experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. A biomedicina e o imperativo técnico-científico, colocados como fonte superior e exclusiva dos saberes (e das verdades) sobre a saúde, ensinam-nos a desqualificar os saberes provenientes da experiência pessoal e cultural para interpretação e manejo do adoecimento e sofrimento; a buscar na causa biológica e no tratamento medicamentoso/cirúrgico a solução de todos os males; e a esperar do especialista e dos exames complementares a elucidação e a cura.

Se por um lado a biomedicina é indispensável porque contribui de modo eficaz para o tratamento de inúmeras doenças, particularmente dos quadros graves, simultaneamente é inadequada, incompleta e perigosa:

(...) gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais etc., passam a ser vertiginosamente medicalizados e carentes de interpretação (Op. Cit: p.73).

Segundo Tesser (2006), várias “novas” etiquetas de doenças são criadas e popularizadas, forçando uma homogeneização precoce das histórias clínicas e dos diagnósticos: depressões, tendinites, pânico, viroses e alergias. A medicalização tem como conseqüências: o declínio da capacidade das pessoas de lidarem de forma autônoma com seus adoecimentos e dores cotidianas; a desagregação das relações que entrelaçam o homem à sua doença e sofrimento; e uma crescente e infindável demanda por atenção médica para todos os tipos de problemas, gerando dependência excessiva, alienação e outras iatrogenias. Paradoxalmente, a medicalização aumenta a contraprodutividade⁵, já que as tecnologias biomédicas são limitadas para resolver esses tipos de demandas.

Enfim, toda essa configuração atual nos convoca questionamentos sobre a clínica e sua relação com a gestão do trabalho em saúde e a produção subjetiva de profissionais e usuários. A clínica acontece sempre numa complexa interação entre sujeitos: um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo (uma família, um grupo, uma comunidade), que estão permanentemente lidando com forças instituídas, mas também podendo construir desvios e produzir o novo. Destaca-se aí a dimensão política da clínica, apontada por Passos & Barros (2001):

(...) a clínica está comprometida com este plano de produção ou de individuação sempre coletivo e que é indissociável do domínio da realidade individuada. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo (Op. Cit.: p.91).

Se a clínica e a política se associam, temos que perguntar: que política estamos produzindo na situação clínica singular? Que efeitos nossas ações instauram? Que modos

⁵ Conceito proposto por Illich (1975) para denominar um fenômeno moderno das sociedades industriais, em que a utilização de instrumentos tecnológicos resulta em efeitos contrários aos seus objetivos anunciados. Por exemplo, o automóvel que produz congestionamentos, a escola que inibe talentos ou as instituições de saúde que produzem doenças.

de subjetivação estamos tencionando? Será que nossas ações convocam o sujeito na trilha da responsabilização pela própria vida, ou será que produzem submissão e dependência? Apoiamos o sujeito a conduzir sua vida e a produzir normatividades para si ou reiteramos a produção de normalidades e padrões a serem seguidos?

Se entendermos a saúde como capacidade de instaurar normatividades, como *"uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais"* (Canguilhem, 1978: p.163), então o sentido da clínica também está na possibilidade de apoiar os sujeitos para inventar estratégias de sobrevivência e lidar com suas limitações, produzindo mais autonomia e liberdade, do que controle e dominação.

1.4 Clínica ampliada e gestão compartilhada

As formulações de Campos (2000a) no *"Método para Análise e Co-gestão de Coletivos – Método Paidéia"* apontam para a necessidade de ampliação das práticas de saúde, buscando incorporar os diferentes planos que incidem na constituição de sujeitos e coletivos. O conceito de co-produção proposto pelo autor é bastante apropriado para pensar a singularidade do sujeito – individual e coletivo – e para lidar com a permanente inter-relação das diversas variáveis que o influenciam.

Fazendo analogia à dialética hegeliana, o autor aponta que o sujeito é co-produzido dialeticamente pela tensão constante entre forças internas e externas (ver quadro 1, abaixo). A região de forças predominantemente internas ou imanentes ao sujeito está associada à dimensão particular, que comporta três planos: a estrutura biológica, o desejo e o interesse. As forças com relativa transcendência ao sujeito, ou seja, de incidência do externo sobre o

interno, compõem a dimensão universal, constituída por dois grandes planos: as necessidades sociais e as instituições. O sujeito singular resultaria da tensão entre o particular/interno e o universal/externo, região em que se conformam e são expressas as sínteses entre o sujeito e o seu contexto, resultando nos planos da formação de compromisso, da constituição e gestão de contratos e projetos. Essas regiões – particular/interno e universal/externo – seriam *“espaços existenciais contíguos, interagindo uns sob os outros, criando zonas autônomas, mescladas e de mútua influência, a que os sujeitos estariam constrangidos a desvendar e a lidar para seguir vivendo”* (Campos, 2000a).

MAPA DE CO-PRODUÇÃO DO SUJEITO

| DIMENSÕES | REGIÕES | PLANOS |
|-----------|------------|---|
| INTERNO | PARTICULAR | Determinação biológica Desejo Interesse |
| | SINGULAR | Compromisso Contrato e co-gestão Prática social, projeto e política |
| | UNIVERSAL | Necessidades sociais Instituições (cultura, sistema econômico e jurídico, valores, ética, saberes) |
| EXTERNO | | |

Quadro 1: Mapa de co-produção, extraído de Campos (2000a)

O conceito de formação de compromisso é originário da psicanálise e diz respeito a situações em que a síntese entre os desejos e as forças externas (necessidades sociais e instituições) ocorreria de forma inconsciente. Já a gestão de contratos e projetos seria resultante do encontro de forças internas e externas teoricamente mais conscientes. O sujeito, portanto, nunca é senhor completo dos movimentos de síntese, nem tampouco é

totalmente submisso. Haveria sempre uma linha de continuidade entre a síntese consciente e a síntese inconsciente. Mas é importante notar que essas sínteses sempre resultam de uma *práxis* concreta dos sujeitos, que fazem a gestão (do trabalho, das relações, da vida) sempre com graus maiores ou menores de autonomia.

Um Sujeito vive imerso e sofre a ação de todos estes Planos; ele é em função das influências destes Planos sobre ele. Ao mesmo tempo, ele se singulariza interferindo nestes Planos. A práxis em geral e, especificamente, a ação orientada para um determinado fim (a prática planejada, administrada ou projetada) constituem o meio operacional de o Sujeito lidar e transitar por estes Planos (Campos, 2000a: p.69).

Destacamos que a saúde deve ser entendida não como um estado absoluto, mas como um processo dinâmico, que se dá em relação à biografia do sujeito e aos modelos e padrões estabelecidos na história e na cultura (Figueiredo & Furlan, 2008). Por isso o conceito de “completo bem-estar biopsicossocial” da OMS⁶ deve ser colocado entre aspas, questionado, relativizado. Dejours (1986) aponta o equívoco desse conceito, já que o ser humano é caracterizado pelo movimento, não pela estabilidade. Portanto, a saúde não é apenas oposição ou ausência de doença, mas é um objetivo a ser buscado. Ela não é dada pelo exterior, mas depende da ação do sujeito e de seu compromisso com sua própria realidade, o que envolve suas experiências e representações, mas também as possibilidades e os limites dados pelo social. Assim, tentando “salvar” a definição da OMS, o autor sugere: saúde é, para cada um, *ter meios* de traçar um caminho pessoal e original, *em direção* ao bem-estar físico, psíquico e social. Dessa forma, a produção de saúde dependeria da inserção do sujeito no mundo, de suas condições biológicas, afetivas, relacionais, sócio-históricas e das redes de apoio que ele pode acionar para lidar com esse

⁶ Organização Mundial de Saúde

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

Pois bem. A saúde, então, também é co-produzida. A relação clínica se dá no encontro entre sujeitos co-produzidos. Isso significa negar a preponderância de qualquer elemento determinante *a priori*. Significa assumir que o elemento mais determinante – seja a existência de uma patologia, ou da desigualdade social, étnica ou de gênero, ou um determinante genético – define-se em cada momento, na singularidade dos sujeitos imersos em relações e instituições (Cunha, 2005). O conceito de co-produção nos permite olhar para o modo como o sujeito singular, seja o paciente ou o profissional, lida com seus determinantes universais e particulares.

Então é preciso reformular as práticas de saúde individuais e coletivas, esticando suas bordas para além do paradigma biomédico hegemônico, pois ele restringe a capacidade dos profissionais analisarem e intervirem na complexidade dos problemas de saúde. Uma das evidências mais emblemáticas da limitação da biomedicina foi a evolução da epidemia de Aids, no início da década de 80. A identificação do vírus e a produção de medicamentos anti-retrovirais foram condições importantes, mas não suficientes para controlar a doença. Tampouco campanhas educativas voltadas para grupos de risco a partir de critérios biológicos da transmissão do vírus tiveram sucesso (Massuda, 2010). Para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, vários estudos (Colombrini *et al* 2006; Ayres, 2002) demonstraram que foi preciso investir na singularização da abordagem terapêutica, reconhecendo os aspectos sociais e subjetivos da realidade de cada paciente. Uma clínica que se ocupe não somente da doença, mas do sujeito em sua existência, seria

capaz de conseguir maior eficácia terapêutica, isto é, curar e reabilitar mais e melhor (Onocko Campos *et al*, 2008).

O conceito de clínica ampliada e compartilhada foi formulado por Campos (2000a; 2003) com base em toda uma linhagem de trabalhos de revisão do paradigma biomédico. Campos (2003) argumenta sobre os limites da biomedicina, mas também de qualquer saber estruturado que não seja plástico à variação dos casos concretos:

Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria. (...) Toda padronização, toda programação e todo planejamento implicam em supor um mundo de regularidades. Um mundo em que as doenças seriam as mesmas em cada uma de suas múltiplas manifestações (...). Em resumo, aprender sobre uma práxis pressupõe supor casos que se repetiriam mais ou menos iguais. Da ontologia à ortodoxia, no entanto, há apenas um passo. Sobre estas supostas verdades, em geral, organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiões, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida. Entretanto, tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajuda a clínica. Mais do que a ajudar, a torna possível.

O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. (...) Como realizar este percurso com segurança? Uma primeira resposta: o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira solução, pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre (Op. Cit.: p.65).

A ampliação das práticas clínicas e de saúde coletiva pressupõe, de início, desviar o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades.

Trata-se, portanto, de operar uma tripla ampliação:

- do objeto de trabalho: incorporando as fragilidades subjetivas e as redes sociais, para além dos riscos biológicos, isto é, trabalhar com pessoas e coletivos considerando o inter-jogo das variáveis em co-produção e das características singulares (capacidade para

elaboração de interpretações e posicionamentos, capacidade de estabelecer contratos e compromissos). Isso sem desconsiderar a doença ou os riscos de adoecer;

- dos objetivos do trabalho: além de curar, reabilitar e prevenir danos em pessoas doentes, produzir saúde significa também apoiar o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e auto-cuidado dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento frente a sua saúde e seu contexto;

- e dos meios de trabalho em saúde: diversificando o repertório de ações, reformulando a relação clínica e os processos de educação em saúde. Construir relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização. Construir interdisciplinaridade, trabalhando em equipe, e intersetorialidade, trabalhando em rede.

Uma clínica ampliada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências (Campos, 2003). Mas que também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados por planos que transcendem o indivíduo, como o cultural e o sócio-econômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos. Assim, tanto a prevenção como a terapêutica devem partir das evidências e da avaliação de riscos para negociar com as pessoas em termos de redução de danos: o que é possível neste caso, para este paciente, neste contexto (Onocko Campos *et al*, 2008)?

Não é, necessariamente, por “não saberem” que as jovens adolescentes engravidam, ou que o diabético não atende às prescrições. Uma concepção de sujeito que não seja

erigida no modelo cartesiano contribui para entender os modos de vida e as maneiras de lidar com a saúde como sendo conformados a partir de motivações racionais, mas também inconscientes, a partir de condições internas aos sujeitos, mas também externas. E isso implica convocar o sujeito a refletir sobre sua condição e a empreender um caminho que o leve à autonomia e à responsabilização (Onocko Campos & Campos, 2006). Ou seja, o desenvolvimento da autonomia é, ao mesmo tempo, *alvo* e *meio* para as intervenções, pois a autonomia só se cria exercendo-a.

Quando falamos em autonomia estamos nos referindo à capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto. Não a independência ou a liberdade absoluta, mas a capacidade de lidar com uma rede de dependências, pois o tempo todo temos que nos submeter a leis, regras e princípios dados pelo coletivo, sem o que uma sociedade não se sustentaria. Porém é possível questioná-los, inventar outros, se posicionar frente às regras sociais. A autonomia é definida, então, sempre de forma relativa à heteronomia, se dando sempre em graus ou coeficientes (Onocko Campos & Campos, 2006; Figueiredo & Furlan, 2008).

Além disso, o desenvolvimento de maiores graus de autonomia não depende apenas do indivíduo, mas resulta do inter-jogo das condições externas a ele, como a cultura, o contexto político, as organizações e instituições nas quais está inserido, das micro-relações e de características do próprio sujeito, como sua capacidade para elaboração de interpretações e posicionamentos críticos, sua capacidade de lidar com conflitos e estabelecer contratos e compromissos com outros sujeitos. Novamente, um processo de co-produção.

Não se trata de responsabilizar o sujeito individualmente pela sua condição, se aproximando de uma lógica neoliberal, mas de reafirmar o papel ativo dos sujeitos na invenção de novas possibilidades de vida, recolocando-os como protagonistas na gestão de si mesmos e na sua relação com suas próprias fragilidades. Não significa supervalorizar a potência do humano e desconsiderar a existência de limites individuais e sócio-culturais, nem quer dizer que os sujeitos devam se responsabilizar sozinhos. Ao contrário, ao enfatizar a co-produção de autonomia como meio e finalidade das práticas em saúde, convocamos a responsabilização dos profissionais na constituição de novos padrões de relação com os sujeitos e coletivos, apoiando as pessoas a lidar com suas limitações e interferindo, de fato, no curso e na qualidade da vida (Figueiredo & Furlan, 2008). Só será possível ampliar a eficácia e a potência das práticas em saúde se formos capazes de negociar com os sujeitos a construção de novos modos de vida para si e de novas formas de posicionamento frente às adversidades de seu contexto.

Entretanto, tudo isso representa grandes desafios para os profissionais, e a capacidade de uma equipe para responder a eles pode ser facilitada ou dificultada de acordo com o modelo de gestão e as condições institucionais do serviço de saúde.

(...) os princípios tayloristas buscam a fragmentação e especialização do trabalho induzindo ao trabalho repetitivo, desprazeroso e pouco criativo (...). Na saúde, a RGH (Racionalidade Gerencial Hegemônica) induz a uma certa cultura organizacional que nega a incerteza e a discussão coletiva e estimula um tipo de clínica reduzida e especializada/fragmentada, que investe grande energia na possibilidade de que as tipologias generalizantes e padronizáveis (protocolos, guidelines, diagnósticos, ensaios clínicos) sejam suficientes (e até onipotentes) para enfrentar os desafios dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a clínica dominante e a gestão tradicional apoiam-se e se co-produzem. É por isto que a proposta da clínica ampliada é complementar à proposta de co-gestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e co-gestão, são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada (Cunha, 2009: p.31).

A construção de práticas em saúde ampliadas e compartilhadas pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais possam exercitar sua capacidade de analisar e intervir (Campos, 2000a), refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso. A gestão, entendida como o modo de operar no cotidiano, seria uma instância fundamental para interferir nos processos de subjetivação dos próprios profissionais (Onocko Campos, 2003a), contribuindo para que eles participem da construção do sentido de seu trabalho e se sustentem como co-produtores de saúde junto aos sujeitos e às comunidades.

A proposta de gestão compartilhada (ou co-gestão) busca combinar a manutenção de normas e métodos para o cumprimento da finalidade das organizações de saúde, com o estímulo à autonomia e responsabilidade sanitária das equipes, sempre a partir do estabelecimento de contratos e compromissos. Busca-se um equilíbrio possível entre autonomia e controle, objetividade e subjetividade, criação e reprodução, desenvolvendo modos democráticos e interativos para se lidar com regras, normas e avaliações⁷. Campos (1999; 2000a; 2003) propôs diversos arranjos e dispositivos para estimular a democratização da gestão, a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica, destacando a reorganização dos serviços de saúde com base na composição de Equipes de Referência e Apoio Matricial, bem como na confecção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs). A seguir, faremos uma breve exposição sobre eles, acrescentando alguns outros conceitos e categorias que podem servir como balizas para a clínica ampliada.

⁷ Voltaremos a essa discussão no capítulo 2, quando detalharemos o Método Paidéia e sua proposta de co-gestão de coletivos.

1.4.1 Equipe de Referência e Apoio Matricial

Esses arranjos pretendem construir um padrão de responsabilização e compromisso com a produção de saúde, em que os profissionais sejam responsáveis por pessoas, e não por setores, atividades e procedimentos. Isso significa compor equipes com clientela definida: uma equipe responsável por um certo número de leitos em um hospital ou, no caso da Atenção Básica, uma equipe de saúde da família responsável por uma clientela adscrita, pertencente a dado território.

No arranjo Equipe de Referência, a definição de clientela possibilita a construção do vínculo, a relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença-atenção de cada usuário (Campos, 1999). Gradativamente, isso estimula a responsabilização pela produção de saúde, pois quando o usuário passa a ter um nome e uma história, a implicação da equipe tende a aumentar e as respostas profissionais poderão não ser estereotipadas (Onocko Campos, 2003a). A idéia é que um ou mais profissionais se aproximem de maneira especial de certo número de usuários e se responsabilizem pelo acompanhamento e resolutividade dos casos (Furtado & Miranda, 2006; Campos, 1999). Isso faz com que a equipe conheça na singularidade o modo de viver do sujeito e sua história de vida, colocando-se como co-responsável pelo tratamento. A marca central desse arranjo é o fato de a equipe de referência, por meio de um plano compartilhado, tomar para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas além da biológica, como os âmbitos sociais, familiares, políticos, psíquicos, entre outros (Miranda, 2009).

Em princípio, a Equipe de Referência define-se também pela coordenação interdisciplinar, ou seja, o poder gerencial não está atrelado ao saber disciplinar

fragmentado ou às corporações, como no modelo de gestão tradicional. Numa Equipe de Referência haveria uma coordenação para toda a equipe, visando conferir outro tipo de distribuição de poder, evitar a fragmentação e estimular que todos os profissionais se responsabilizem pelo resultado final do que produzem (Cunha, 2009). A coordenação de uma Equipe de Referência tem como função favorecer a construção de interdisciplinaridade e de interações mais horizontalizadas entre os profissionais. Considerando e partindo das diferenças (de poder, de salários, de inserção, de motivações, dentre outras) seria possível a elaboração de objetivos comuns e de um projeto coletivo, fundamentais e fundantes da grupalidade de uma equipe (Onocko Campos, 2003a).

O fio condutor do trabalho de uma Equipe de Referência é o compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações. Os conceitos de *campo* e *núcleo* (Campos, 2000b) são úteis para compor a interdisciplinaridade, sem diluir a especificidade dos saberes. Eles permitem distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. No *núcleo* haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde: os saberes, práticas e responsabilidades peculiares aos médicos, ou aos enfermeiros, ou aos agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais. Já o *campo* seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independente de sua categoria ou formação.

Para atuar no campo, cada profissão buscaria apoio em outras áreas para cumprir suas tarefas, reforçando então a interdisciplinaridade. Esse é o fundamento do arranjo

Apoio Matricial: os profissionais das áreas especializadas, que não participam cotidianamente da Equipe de Referência, oferecem suporte técnico especializado às equipes. Seria uma oferta de um núcleo especializado ao campo interdisciplinar da Equipe de Referência. Esse arranjo pretende assegurar, de um modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada às Equipes de Referência, modificando a lógica do encaminhamento, centrada no sistema de referência e contra-referência (Campos, 1999).

O Apoio Matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a Equipe de Referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. Mas existe também uma dimensão de suporte assistencial, o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo, o trabalho na lógica matricial permite distinguir os casos e situações que podem ser acompanhadas pela Equipe de Referência, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada, a ser oferecida pelos próprios apoiadores matriciais ou, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade, pelos serviços especializados ou por outras instâncias como assistência social, educação, etc.

Com a composição de uma rede matricial de apoio às Equipes de Referência seria possível disparar uma série de mudanças na atenção em saúde, na direção da responsabilização, da ampliação da clínica e da interdisciplinaridade: - evitar a fragmentação da atenção, a medicalização e outros danos e iatrogenias provocados pelo

“consumo” excessivo de tratamentos, procedimentos e exames; - proporcionar coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário, promovendo com isso maior equidade e ampliando o acesso às demandas de maior gravidade; - construir dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e estimular a articulação entre os profissionais na elaboração de ofertas para cada situação singular; - romper com a produção de excessivos encaminhamentos às especialidades e produzir co-responsabilização, de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito com outra lógica: a do diálogo entre os serviços e os profissionais (Figueiredo & Onocko Campos, 2009).

1.4.2 A equipe como espaço de formação e gestão

Quando algumas pessoas se juntam para trabalhar e, ao juntarem-se, interagem a partir de alianças em prol de um objetivo comum, e nessa interação vão construindo vínculo e identidade entre si, então essas pessoas estão trabalhando em equipe. Ter um mesmo *objeto* (o paciente, a família, o território) e um mesmo *objetivo* ou *projeto* (a produção de saúde, autonomia), são condições para a construção da grupalidade, ou seja, são a liga ou a cola para que a equipe funcione como equipe ou como grupo (e não como uma porção de pessoas que apenas estão reunidas num mesmo espaço). O *projeto* está relacionado com a produção de valor de uso (Campos, 2000a) ou com a tarefa primária (Kaës, 1991) dos serviços de saúde. Ou seja: *para que* as equipes trabalham? O que buscam? E por que é importante pensarmos sobre a finalidade de nosso trabalho?

Onocko Campos (2003a; 2003b; 2005a) faz uma interessante leitura sobre como a gestão poderia se ocupar dessas questões, resgatando autores da psicanálise que pensam a

instituição⁸ conectada à vida psíquica dos sujeitos. Para Kaës (1991), as instituições nos estruturam e sustentam nossa identidade. Elas facilitam nossa organização psíquica e proporcionam as bases da identificação do sujeito com o mundo social. Isso quer dizer que nos estruturamos como humanos (também) por nossa inserção institucional. E os sujeitos tenderiam a identificarem-se favoravelmente aos objetivos primários ou às finalidades das organizações nas quais estão inseridos, o que Kaës (Op. Cit.) chamou de aderência narcísica à tarefa primária: *“Ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade”* (Onocko Campos, 2005a: p.577). Então, quando uma equipe de saúde define quais seriam suas tarefas primárias, quando consegue construir coletivamente um projeto, isso favorece a aderência narcísica, por meio da qual as pessoas podem sentir que trabalhar ali tem um sentido e vale a pena, podem estabelecer contratos e compromissos, porque se sentem parte daquele coletivo que trabalha por um objetivo comum (Campos, 2000a; Onocko Campos, 2003b). Trata-se de construir uma certa ilusão⁹ conjunta, que sustentaria os riscos e as dificuldades de estar num coletivo.

No entanto, a mesma aderência narcísica também pode ser fonte de problemas (Kaës, 1991), principalmente em situações de mudança institucional ou quando o contexto de trabalho coloca entraves à tarefa primária (seja por falta de recursos ou por excesso de autoritarismo e controle). Nessas situações se colocam em xeque o processo de identificação entre a instituição e seus agentes, e os sujeitos se valem de estratégias

⁸ Quando falamos em instituição, estamos tratando de valores, práticas e normas construídas e legitimadas historicamente e coletivamente, que se manifestam nas organizações e relações sociais (igreja, escola, medicina, família, etc) e regem os modos de viver numa dada sociedade, num dado momento.

⁹ Ilusão, para Winnicott (1975), é um fenômeno transicional, que guarda relações entre o mundo interno dos sujeitos e o mundo externo, mas é distinto deles. A ilusão compartilhada com base em algum grau de semelhança seriam importantes para o agrupamento entre os seres humanos.

defensivas para lidar com a perda de referências, como o apelo excessivo à ideologização, a somatização, a burocratização. Os profissionais adoecem, ou se demitem, faltam muito, fazem discursos ideologizados ou maniqueístas, passam horas preenchendo formulários ou desenvolvendo tarefas que nada têm a ver com sua função terapêutica. São sintomas institucionais que fazem parte da própria realidade do trabalho em saúde, afinal o contato com a dor, a morte, com a pobreza e o sofrimento ativa nos profissionais uma série de defesas e formas de alienação do trabalho para atenuar o próprio sofrimento psíquico (Onocko Campos, 2005a).

Todas essas questões poderiam contribuir em muito, se puderem ser reavivadas e analisadas. Refletir sobre a própria prática, manter a abertura ao contato com aquilo que provoca dúvida, interrogações e desestabilizações, fazem da equipe um lugar importante de formação e aprendizagem contínua. Fazer a gestão da clínica é também fazer a gestão de si mesmos como profissionais e como equipe. E para isso, são imprescindíveis os espaços de encontro, a institucionalização das reuniões de equipe, a discussão de casos e a construção de PTSs, e às vezes, algum apoio externo para ajudar a equipe a lidar com os momentos críticos. Mas esses espaços de encontro das equipes deveriam, sobretudo, ser capazes de restabelecer um espaço subjetivo, uma área transicional comum, relativamente operatória (Kaës, 1991; Onocko Campos, 2005a), um espaço de jogo, no sentido dado por Winnicott (1975).

Para Winnicott (idem, ibidem), nós experimentamos a vida numa zona intermediária, paradoxal, constituída *entre* aquilo que é interno ao mundo psíquico e aquilo que pertence à realidade externa; trata-se de um *espaço transicional* ou *potencial*.

O espaço de jogo ocorre nessa zona intermediária, em que o sujeito pode fazer uma apreensão pessoal da realidade, ao seu modo, no seu tempo, e pode sentir a realidade externa não como elemento invasor, mas sim como algo com que se pode brincar, a partir de movimentos de aproximações e distanciamentos (Miranda, 2009). Note-se que o desenvolvimento de uma relação com a realidade externa é dependente da possibilidade de contato, de jogo com o mundo externo. O brincar (*play*, em oposição à *game* – a atividade sem regras, pelo prazer de fazer, de experimentar, de criar) é algo além de imaginar e desejar; brincar é o *fazer*: um fazer conjunto que dá origem à experiência cultural. Brincando, tanto a criança como o adulto exercem a espontaneidade, desenvolvem sua criatividade e, ao mesmo tempo, *fazem* a realidade. Winnicott estende o conceito de transicionalidade ao mundo dos adultos através não só da brincadeira, mas da arte, da cultura e dos projetos que juntam as pessoas em torno de um objetivo, um sentido comum.

Se as equipes, em suas reuniões, puderem criar e habitar esse espaço de jogo, produzindo ações coletivas e experiências compartilhadas, isso favorecerá que desenvolvam uma relação criativa com a realidade e fortaleçam os laços de pertença e vínculo, tornando-as mais permeáveis às diferenças de cada um e mais capazes de lidar com os conflitos que, inevitavelmente, estão presentes quando as pessoas se juntam. Para isso, as reuniões de equipe requerem um *setting* protegido, um lugar e um tempo, com relativa regularidade. Esse sentido de permanência e de confiança favorece que os profissionais ousem colocar em análise sua prática, tomar decisões coletivamente, estabelecer contratos e construir maiores graus de compromisso com o que produzem.

Oury (1991; 2009) é outro autor que nos ajuda a pensar as potencialidades de uma equipe. Como psicanalista e representante do movimento da Psicoterapia Institucional, suas

formulações partem do trabalho com pacientes psicóticos, mas podem ser valiosas para o contexto geral da atenção em saúde. Para ele, o trabalho em equipe possui uma condição paradoxal: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a singularidade de cada um. Trata-se de viver, ao mesmo tempo, a identificação e a diferenciação, e instaurar um trabalho comum, sem a anulação das diferenças¹⁰. Nesse tipo de “bifurcação” é que Oury (2009) formula a noção de coletivo, como uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores de cada um e que parte dessa diversidade para sustentar uma aproximação específica a cada caso, a cada paciente. A característica principal de um coletivo é ele ser constituído, essencialmente, de heterogeneidade, polifonia e multirreferências, isto é, de tonalidades, de estilos de abordagem, de atenção e de possibilidades de encontro diferentes uns dos outros. Se assumimos que a centralidade do trabalho em saúde está colocada no usuário, centralidade essa que se aprofunda na proposta de PTS, podemos pensar a equipe como uma roda que tem o usuário no centro, e da qual cada um dos integrantes são um dos eixos. E se cada eixo é heterogêneo, essa diversidade pode ajudar na composição de um campo de propostas para cada caso.

Para Oury (1991), os membros da equipe devem desenvolver uma capacidade de levar em conta a si mesmos e ao outro, para construírem um ambiente de convivência e respeito, capaz de acolher e articular as diferentes possibilidades e os *jeitos próprios* de cada profissional. O autor afirma que esse reconhecimento da potencialidade de cada um é mais possível quando a equipe consegue desenvolver aquele espaço de jogo de que falou Winnicott (1975), no qual, a partir da troca, do fazer conjunto e da conquista de uma relação de confiança, os profissionais poderiam se manifestar singularmente e reconhecer o

¹⁰ Essa idéia remete aos conceitos de campo e núcleo (Campos, 2000b), que também ajudam a pensar o trabalho interdisciplinar sem anular a especificidade dos saberes.

estilo e a originalidade de seus pares. Esse “saber experimentado” por meio da convivência permite que o itinerário e a história de cada um possam se integrar numa história da equipe, resultando numa relação de complementaridade, que para Oury possui uma dimensão inconsciente:

(...) na própria equipe já existe uma forma de colocar em prática permanente as relações complementares, assim como as complementaridades, (mas não as complementaridades tais como: “sou especialista nisso, ele naquilo, etc...”). Trata-se, com efeito, de um registro quase material: de um lado a articulação de diferentes competências, de outro as condições de uma certa forma de convivência. Aí existe uma armadilha: não se trata de uma complementaridade (...) do gênero “estamos todos do mesmo lado”, que se perde no especular, mas de uma complementaridade inconsciente.

(...) levar em conta o fato que o outro, o companheiro de trabalho, aí está na sua própria qualidade de “presença”, poder conhecer o outro naquilo que é capaz de...

(...) Quando estamos embaraçados frente a um doente complicado, a solução surge espontaneamente, isto é: “seria bom que esse tal pudesse vê-lo”, pois sabemos que aí existe uma ressonância, uma espécie de adequação entre a potencialidade manifesta do companheiro de trabalho e a particularidade do sujeito que se apresenta (Op. Cit.: p.6, grifo nosso).

Contudo, as potencialidades do trabalho em equipe que aqui apontamos talvez devam ser consideradas mais como horizontes desejáveis do que como integralmente possíveis. É importante ressaltar os diversos determinantes que comparecem nos espaços coletivos, empurrando profissionais e equipes para distintas e divergentes posições, mais ou menos voltadas para a colaboração e integração, mais ou menos voltadas para o desencontro e o conflito.

Furtado (2007) discute os diferentes vetores que podem estar em jogo no trabalho em equipe e afirma que é preciso considerar duas forças antagônicas:

A primeira, um pólo representado pelas corporações profissionais, pela lógica profissional, que tenta continuamente garantir um mercado definido e inviolável e expandir territórios, aumentar sua autonomia e elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias. O outro pólo é representado pela lógica da colaboração profissional, apontando para a necessidade de colocar em comum e

partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, até, a intersubjetividade (Op. Cit.: p. 246).

De acordo com o autor, são forças simultâneas e em constante oposição, sendo que a predominância de uma ou de outra sobre as práticas profissionais pode variar ao longo do tempo e sofrer influências da cultura, do contexto institucional e de outras estruturas transcendentais aos sujeitos. Portanto, esses apontamentos nos convocam a fugir da banalização do trabalho em equipe e reitera a necessidade da gestão cumprir seu papel de garantir e institucionalizar espaços que sejam continentes para lidar com as várias dimensões que estão em jogo nas decisões e nos conflitos no âmbito do trabalho conjunto e na vida institucional.

1.4.3 O Projeto Terapêutico Singular

A organização das equipes por meio da definição de clientela, do acompanhamento longitudinal dos usuários e da co-responsabilização, é requisito importante para conhecer na singularidade os pacientes, suas demandas e, no caso da Atenção Básica, as potencialidades e fragilidades de seu território. A partir desse reconhecimento e trabalhando com dados epidemiológicos e outras informações, as equipes podem planejar seu trabalho e definir um cardápio de recursos para atuar em determinado momento com sua clientela. Note-se, é claro, que esse cardápio não pode ser rígido e nem imutável, mas deve acompanhar as mudanças das pessoas, dos coletivos e de suas demandas e necessidades, e por isso requer avaliação e redefinição constantes. Contudo, existem casos que comportam maior complexidade e exigem diferentes tipos de articulação dos profissionais e uma diversidade maior de recursos terapêuticos. E aí o vínculo e a co-responsabilização são

fundamentais, tanto para identificar esses casos, como para interrogar quais as intervenções mais apropriadas para cada situação.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento que foi pensado e desenvolvido no âmbito da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, com a intenção de romper com modos de relação manicomial, propiciar uma atuação integrada da equipe e valorizar outros aspectos no tratamento além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Trata-se de uma variação da discussão de caso clínico, que se desdobra num conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito, uma família, um grupo ou um coletivo, propostas estas construídas por uma equipe interdisciplinar, a partir da análise do caso (Cunha, 2009).

Assim, a construção de um PTS implica num dado modo institucional de operar, pois ele deve ser resultado de uma discussão coletiva de uma equipe que se coloca como responsável por um conjunto de *pessoas* ou, como já dissemos, uma Equipe de Referência. Essa discussão coletiva é composta por todos os olhares e saberes sobre o sujeito ou coletivo; cada membro da equipe, a partir da intensidade e da qualidade do vínculo que construiu com o usuário e a família, trará para essa discussão aspectos diferentes para elucidar as demandas e necessidades, e definir as propostas de ação (*idem, ibidem*).

Miranda (2005), partindo da análise sobre as palavras que compõem o termo Projeto Terapêutico, faz uma interessante reflexão:

A terapêutica não pode ser um conjunto de ações que proponham um resultado específico, mas sim uma imprevisível e nunca antes experimentada forma de relação com alguém com quem teremos que construir algo, ao sabor do desconhecido. (...) não podemos prever como será nosso percurso relacional, já que estamos genuinamente supondo que aquela pessoa que a nós se apresenta é única, distinguível dos demais do grupo e de nós mesmos.

(...) ao tomar alguém em tratamento, estamos nos propondo a haver-nos com esse alguém, a nos ocupar dele, com toda a agudez da alteridade que

necessariamente ele carrega consigo. Conseqüentemente, o projeto terapêutico acaba resumindo-se como uma proposta de relação humana, de relação verdadeiramente humana, em que todos os sinais de humanidade, inclusive os mais estranhos, são aceitos, mesmo com todo o sofrimento que isso implica.

(...) não se trata de um plano de metas a serem atingidos, com métodos e objetivos claros e pré-estabelecidos. O projeto de que aqui falamos é um desejo, um desejo de relação e, por isso, um desejo cujo percurso de realização carrega muitos mistérios. (...) Não há um modelo de projeto, justamente porque ele será feito por seres inseridos na diversidade do mundo humano. É necessário que fique bastante claro que o projeto não é um protocolo, pois será construído e movido pela alteridade (Op. Cit.: p.3-4, grifos nossos).

Portanto, o PTS deve ser entendido como um *dispositivo* de tratamento, pensado para um sujeito ou para um grupo que se distingue de todos os outros e que, portanto, exige um profundo respeito pela singularidade e mesmo uma cuidadosa investigação desta, quando ela não aparece facilmente. Tomar o PTS como *dispositivo* significa entender que não se trata de um protocolo ou uma ficha a ser preenchida, mas de um projeto, uma perspectiva de mudança que aponta para o futuro, e que vai se compor de forma flexível às transformações que as demandas dos pacientes e os imprevistos inerentes à vida impõem. Isso implica em compromisso da equipe para avaliar o andamento das propostas, discutir seus alcances e propor mudanças. Além disso, o PTS pressupõe a participação do sujeito na formulação e andamento do tratamento, afinal não se muda algo *para* alguém, senão *com* esse alguém. É esse alguém que vamos acompanhar em seus modos de andar na vida. Então é preciso refletir junto com o próprio sujeito: Para onde queremos ir? Que mudanças (trajetos) queremos produzir? Como faremos isso?

Cunha (2009) define quatro movimentos na construção de um PTS:

1. Definição de hipóteses diagnósticas ou problemas: deverá partir de algum consenso sobre os problemas relevantes tanto para a equipe, quanto para o(s) usuário(s). Neste momento, é preciso avaliar o aspecto orgânico, psicológico e social, tentando captar

como o sujeito se produz diante de forças internas, como as doenças, os desejos e os interesses, e forças externas, como trabalho, cultura, família. Busca-se também identificar os riscos e vulnerabilidades do usuário;

2. Definição de metas: propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o(s) usuário(s) e os membros da equipe envolvidos;

3. Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada um com clareza. Os membros da equipe que possuem vínculo mais estreito com o(s) usuário(s) se tornam referência na coordenação do PTS. São a eles que o usuário ou a família primeiro recorrem e com os quais vão negociar as propostas terapêuticas;

4. Reavaliação: discutir a evolução e fazer as correções dos rumos tomados.

Vale lembrar que esses passos para a confecção do PTS não são estanques. Como é um processo relacional e complexo, algumas informações essenciais somente surgem durante o desenvolvimento das intervenções. A compreensão da história do sujeito e do que ele vê como dificuldades e problemas, em geral, vai se construindo aos poucos e depende do fortalecimento do vínculo e da confiança.

1.4.4 História clínica ou história do sujeito? o diagnóstico aprofundado

*Alguns anos vivi em Itabira.
Principalmente nasci em Itabira.
Por isso sou triste, orgulhoso: de ferro.
Noventa por cento de ferro nas calçadas.
Oitenta por cento de ferro nas almas.
E esse alheamento do que na vida
é porosidade e comunicação.*

*A vontade de amar, que me paralisa o trabalho,
vem de Itabira, de suas noites brancas,
sem mulheres e sem horizontes.
E o hábito de sofrer, que tanto me diverte,
é doce herança itabirana.*

*De Itabira trouxe prendas que ora te ofereço:
este São Benedito do velho santeiro Alfredo Duval;
este couro de anta, estendido no sofá da sala de visitas;
este orgulho, esta cabeça baixa...*

*Tive ouro, tive gado, tive fazendas.
Hoje sou funcionário público.
Itabira é apenas uma fotografia na parede.
Mas como dói!*

Carlos Drummond de Andrade

Na proposta de clínica ampliada e, sobretudo, para a construção de um PTS, é importante repensar a forma como tradicionalmente são construídos os diagnósticos. Balint (1988) foi um dos autores que tentaram aproximar os saberes da psicanálise e os da clínica médica, para auxiliar na abordagem dos aspectos subjetivos. Ele enfatizou a importância de ampliar e aprofundar o nível de diagnóstico baseado no paradigma biomédico, para conseguir uma visão geral da condição física e emocional do paciente, sua relação consigo mesmo e com os outros, inclusive com o médico¹¹, e para formular planos de tratamento mais adequados.

Segundo Balint (idem, ibidem), como são formados no contexto hospitalar, os médicos tendem a atribuir mais valor ao diagnóstico físico e usar os rótulos aprendidos com os especialistas. O que não é presumível ou demonstrável por alterações anatômicas ou fisiológicas, ficaria de fora. O conceito de *filtro teórico* apresentado no trabalho de Cunha (2005) é útil para identificar esse movimento. Os “filtros” seriam produzidos em função da ontologia das doenças e da centralidade dos protocolos na prática clínica tradicional. Diante de determinada queixa, sintoma ou suspeita clínica, o protocolo indica um roteiro de perguntas e exames que devem ser seguidos e que conduzem à abordagem diagnóstica (ou

¹¹ A produção de Balint resulta de um trabalho de supervisão com médicos especificamente, como se verá no próximo capítulo. Mas consideramos que suas formulações valem para os outros profissionais de uma equipe de saúde.

como nomeou Balint: “*eliminação pelos exames físicos apropriados*”). Isso seria de tal forma incorporado que, com o tempo e a experiência, o profissional passaria a escutar e perguntar somente o que está contido nos roteiros, e tudo que não está “nos caminhos” do diagnóstico produz insegurança. Segundo Cunha (idem, ibidem), a incorporação desses filtros não é ruim em si e pode ser bastante eficaz, mas também pode produzir um “diálogo de surdos”, se ocorrer sem reflexão ou como único parâmetro da relação clínica.

A Atenção Básica é um contexto que evidencia bastante como o diagnóstico físico, embora importante, não é suficiente para construir uma compreensão geral dos problemas de saúde. Nesse contexto, a assistência é menos intensiva e lida com uma variedade ampla de problemas (individuais e coletivos), que geralmente são mais comuns e menos específicos, requerendo atuação imbricada nos múltiplos planos de determinação do processo saúde-doença (Starfield, 2002). É bastante comum a Atenção Básica receber pacientes que, embora tenham sintomas relatados no corpo e acreditem sofrer uma doença orgânica, não se encaixam em diagnósticos e nem têm exames alterados, pelo menos ao ponto de explicar as sintomatologias (Cunha, 2005). Quando os profissionais trabalham exclusivamente com classificações diagnósticas advindas da biomedicina, dificilmente conseguem compreender e avaliar adequadamente o que se passa com a pessoa doente. Para esses pacientes, os profissionais costumam utilizar outros rótulos, como “poli-queixosos”, “refratários”, “rebeldes”, “pacientes-problema”. Isso acaba por comprometer a relação terapêutica, já que o profissional não reconhece a dor ou o sofrimento como legítimos e o paciente não encontra no profissional o amparo apropriado para lidar com sua situação.

Se partimos de uma concepção ampliada de clínica fica claro que o diagnóstico, para cumprir sua função de orientar as propostas terapêuticas, deve incluir uma

compreensão mais abrangente do sujeito, seu contexto de vida, sofrimentos e conflitos. Essa tarefa não é simples e, muitas vezes, irá requer mais de um encontro, para que a compreensão possa ir sendo ampliada com o fortalecimento do vínculo. Aliás, trata-se de compor um diagnóstico menos estático que o tradicional, que possa ir se moldando de acordo com as mudanças alcançadas, como já apontamos com relação ao PTS.

Assim, a construção da história clínica deveria buscar alguns traços da história do sujeito e sua inserção social, que possam se relacionar com sua situação atual. Deveria buscar um pouco da história e dinâmica familiar, bem como das origens culturais da pessoa. Entender como se dá sua inserção no território, considerando-o como algo mais que um espaço geográfico, mas como o marco das referências socioculturais, o lugar no qual acontecem as inter-relações entre os sujeitos e entre eles e o mundo (Santos, 2002). Em princípio, esta é a própria essência do que chamamos de história clínica, a qual, no entanto, foi sendo reduzida à história dos sintomas. Trata-se, nesse sentido, de *resgatar* a história clínica como história do sujeito. Isso ajuda a entender os significados, os costumes e crenças que estão presentes no modo como a pessoa lida com a saúde, e propicia contextualizar as prescrições àquilo que é possível ou faz mais sentido ao paciente, como, por exemplo, orientar uma dieta ou a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, considerando a cultura alimentar e os rituais envolvidos no ato de comer.

Cunha (2005) sugere mais alguns caminhos:

- Compreender o sentido do adoecimento para o paciente e como ele se sente com relação à doença: Por que ele acha que ficou doente? Como isso afeta sua vida? Aqui o diagnóstico se abre para a descrição da *experiência* de estar doente, o que permite entender a que ele atribui as causalidades, como isso afeta a evolução e o tratamento, qual o impacto

da doença em seu cotidiano e, ao mesmo tempo, propicia apoiá-lo a inventar outras formas de lidar com essas questões;

- Investigar características como temperamento, medos e manias. Conhecer os projetos e desejos: O que ele sonha para si? O que o mobiliza? Conhecer também o que dá prazer (presença ou ausência de atividades prazerosas, no presente ou passado) e o que incomoda ou causa transtornos. Essas questões apontam caminhos para a composição do PTS e fortalecem o vínculo e a compreensão do sujeito;

- Avaliar se há negação da doença ou ganhos secundários. Buscar entender possíveis relações dos sintomas ao estado emocional. Isso propicia trazer à tona a dimensão inconsciente e compreender as possíveis resistências do sujeito.

Como observa Onocko Campos *et al* (2008), considerar o ser humano como movido inconscientemente por pulsão de vida mas também por pulsão de morte, isto é, por uma tendência ao inerte,

(...) ayuda a los profesionales a no transformarse en jueces de sus pacientes, a desistir de los abordajes meramente informativos. No es porque las personas no saben que no dejan de fumar o no usan preservativos. No es necesario interpretar. A veces vale una pregunta (...) puede abrir el camino para que el sujeto se implique de nuevo con la propia vida (Op. Cit.: p.182).

Uma história clínica que contemple essas questões da história e da dinâmica pessoal tem uma função terapêutica em si mesma na medida em que contextualiza os sintomas e dá ao sujeito a possibilidade de falar, o que implica em algum grau de análise sobre a própria situação (Cunha, 2005). Quando o sujeito é estimulado a qualificar e situar seus sintomas e queixas em relação aos sentimentos e outros aspectos da vida, ele pode ter maior consciência sobre sua doença, evitando a dissociação entre corpo, mente e vida. “*Quando a doença ou os seus determinantes estão ‘fora’ do paciente, a cura também está fora*” (Op.

Cit.: p.178), mas se ele puder elaborar minimamente os sentidos de estar doente, pode se implicar mais no tratamento e se responsabilizar pelas próprias escolhas e modos de levar a vida.

1.4.5 Disponibilidade e competência para estar em relação (ou... no *entre*)

*Estar o mais próximo não é tocar:
a maior proximidade é assumir o longínquo do outro.*
Jean Oury

De acordo com Oury (1991), trabalhar nessa *encruzilhada de múltiplas pertinências*, que é a relação terapêutica com um sujeito ou coletivo singular, demanda certa competência técnica, uma competência para *estar com* o outro, respeitar o outro aí onde ele está. E mesmo nas ações mais direcionadas ao biológico: “*aplicar uma injeção, prescrever medicamentos, não são senão modalidades do ato de encontro com o outro em seu estado de sofrimento*” (Op. Cit.: p.8).

Isso exige alguma sensibilidade para acessar aquilo que está oculto, ser sensível à emergência do pequeno detalhe, daquilo que tem *pathos*. Pois o que chega como mensagem ao ouvido do profissional é uma versão parcial, que muitas vezes mascara os elementos realmente problemáticos. Seria preciso extrair desse campo onde tudo está misturado, as coisas mais essenciais, que não aparecem em sua polidimensionalidade. Essa sensibilidade para abordar o outro, essa maneira de estar com o outro, capacita o profissional a estar atento às nuances da ambiência e à complexidade multifatorial que desencadeia num diagnóstico clínico.

Um contexto de convivência e respeito, base elementar da dimensão ética da clínica, permitiria ao sujeito se expressar e mostrar ao profissional a sintaxe sutil dos seus

problemas. Contudo esse respeito pelo outro não significa se colocar numa atitude passiva, mas exige uma espécie de atenção trabalhada, que a torna sensível à polifonia dos discursos, à emergência de sinais e mensagens gestuais. Para Oury (idem, ibidem), essa atenção trabalhada se adquire pelo exercício de uma *tekné* e necessita de ferramentas conceituais que ajudem o profissional a “estar advertido” para decifrar, naquilo que se apresenta, o que é importante acolher e como acolher¹². Trata-se, portanto, de uma “espera ativa”, uma “espera instrumentalizada”, que permite ao outro se manifestar.

É preciso dizer que o estabelecimento desse tipo de encontro e contato com o outro traz dificuldades e, às vezes, armadilhas para os profissionais: o risco de se deixarem envolver em demasiado e borrar os limites entre o si-mesmo e o outro. Assim, é indispensável haver um espaço de equipe que seja continente para que se possa falar disso e para que essa qualidade relacional possa ser trabalhada. Quando não se pode “dar conta” dessas questões, o trabalho se torna estereotipado, *“sem grande interesse e, sobretudo, sem “paixão” eficaz. Uma espécie de tédio se instala e uma monotonia improdutiva se infiltra”* (Oury, 1991: p.9). E é notável o quão freqüente são as queixas das equipes de saúde porque não “dão conta” de entrar em relação com o outro, em suas diferenças e sofrimentos. “Dar(-se) conta” é, como já dissemos, o que deve por em movimento os espaços coletivos de gestão e formação nos serviços. É através desse trabalho de elucidação que se pode estabelecer uma dialética entre o próximo e o distante: *“uma maior proximidade frente ao*

¹² Para ilustrar a aprendizagem dessa atenção trabalhada, Oury se remete à aprendizagem da escuta dos barulhos do coração: *“(…) se não estamos preparados, não adianta escutá-los com o estetoscópio, pois não ouvimos senão ruídos confusos. Basta que nos digam que é preciso ouvir ‘tum-tá’ para que rapidamente, ao redor desse esquema, possamos distinguir os ruídos, os sopros, os ritmos... Podemos dizer que o ‘tum-tá’ é uma espécie de ferramenta conceitual (...)”* (1991: p.5).

outro em sofrimento, (...) garantindo uma distância que não seja nem um afastamento, nem um evitamento, nem uma mistura confusa ou comunhão com o outro” (Op. Cit. p.9)¹³.

Algumas palavras sobre a escuta

Na situação clínica circulam demandas nem sempre lógicas ou fáceis de decifrar, mas que comunicam o desejo e a necessidade de serem escutadas. Escutar não é somente abrir espaço para o outro falar, “*estar à escuta é estar sensível à manifestação do ‘aparecer’*” (Oury, 1991: p.8).

É preciso não simplificar a escuta, reduzindo-a a coletar dados a partir de respostas previamente direcionadas pelas próprias perguntas. Heckert (2007) fala de um tipo de “escuta surda”, aquela que ouve sem escutar. Ao invés de captar as singularidades, a variabilidade e a imprevisibilidade do humano, a escuta surda se reduz a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências e de sinais, que toma os desvios, as variações e o que difere, como erros e perturbações a serem corrigidos e controlados. Trata-se, assim, de uma escuta moralizante, prescritiva e julgadora de práticas e modos de vida, que se deixa conduzir por valores próprios ao ouvinte. Como efeito, tende a produzir tutela e culpabilização do sujeito, uma vez que *fala por, fala de, em nome de*, ao invés de *falar com* ele (Kupermann, 2004).

Uma escuta que de fato se abra à alteridade demanda que o profissional afine sua sensibilidade para a experiência de afetação mútua que caracteriza a clínica. É necessário

¹³ Essa dialética está na origem da própria palavra “clínica”: o movimento de inclinar-se sobre o leito do doente (do grego *klinikos*: “que concerne ao leito”, de *kline*: “leito, repouso” e de *klíno*: “inclinar, dobrar”). A imagem dessa posição inclinada do médico, nem deitado ao lado ou misturado com o doente, e nem ereto, frio e impassível em seu saber, também remete ao que Campos (2000a) denomina de “função apoio”, caracterizando a capacidade do profissional para ser continente às necessidades e demandas do outro e, ao mesmo tempo, fazer ofertas de outras lógicas, empurrando os sujeitos a moverem-se na direção de seus objetivos. Veremos isso no capítulo 2.

desenvolver certa empatia para perceber o sentimento alheio, perceber o marco de referência interno do outro e os significados próprios desse outro. Isso não implica nem em benevolência nem em comunhão, mas na possibilidade de afetar-se pelo que o outro comunica e, regatando o poder polissêmico e evocativo da palavra, ser capaz de acolher o outro em sua diferença (Kupermann, 2004). Esse tipo de escuta ajuda o profissional a se conectar com os saberes das pessoas, e faz com que ele possa se lembrar dos nomes, rostos e histórias, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, de suas rugas, cicatrizes e outras marcas do vivido (Heckert, 2007).

Abrir-se à alteridade envolve uma disponibilidade subjetiva para colocar em análise os próprios valores, preconceitos, ensurdecimentos, indiferenças, intolerâncias. Balint (1988) chamou atenção para isso quando desenvolveu o conceito de “função apostólica”, para designar as intervenções orientadas pelo livre jogo das inclinações pessoais do profissional, seus sentimentos inconscientes, convicções, valores morais e preconceitos. Seria um tipo de evangelização: *“como se cada médico possuísse o conhecimento do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes”* (Op. Cit.: p.186). Tomando o caráter disciplinador e normatizador que, por vezes, as práticas de saúde assumem, a impossibilidade dos profissionais se questionarem sobre seus próprios valores e afetos pode gerar muitos problemas: a tendência a pautar as ações em normas de conduta e preconceitos; a moralização dos riscos de adoecimento; o uso da intimidação e do medo para obter a “adesão” ao tratamento; o discurso do “não” e da “proibição”; a baixa capacidade de compartilhar decisões; entre outros (Cunha, 2009).

Aqui o conceito de transferência pode ser valioso. Para Freud (1975 [1912]), a transferência seria a repetição de protótipos infantis, a partir do deslocamento inconsciente de afeto de uma representação para outra. A relação do sujeito com as figuras parentais, marcada pelas ambivalências pulsionais ódio-amor, seria revivida na relação com o analista. Na psicanálise, o manejo da transferência é um elemento central, embora Freud tenha reconhecido esse fenômeno como inerente às relações humanas em geral. A Análise Institucional pensou a transferência nos espaços institucionais, atribuindo a ela contornos mais amplos, isto é, os sujeitos e as instituições são atravessados por todo o campo institucional e social, que produzem fluxos de afeto cruzados, transversais. Portanto, reconhecer minimamente os fluxos de afeto que estão presentes no encontro terapêutico possibilitaria ao profissional de saúde ampliar sua capacidade de compreender e lidar com eles. Cunha (2005), explica didaticamente:

No imaginário/inconsciente de um paciente, uma enfermeira pode ser a enfermeira Alemã que tortura, ou a adorável Juliette Binoche do filme O Paciente Inglês. Noutro tempo pode ser lembrança da Mãe. (...) Podemos ser também instituições: “Você já usou droga?” O paciente pensa: “esse cara vai me entregar”. E então “somos” a Polícia. Ou a Igreja: “Você já teve alguma relação sexual de risco?” A voz da culpa, do castigo divino. (...) É vital procurar no repertório do paciente, uma “transferência” que seja útil para o trabalho em saúde e fazer desse sentimento improvisado uma ponte para o seu tratamento (...). Por outro lado, precisamos reconhecer que também vemos os pacientes com as nossas lentes (...). Um nos lembra fulano: gostamos, tratamos bem. Outro não topamos e nem queremos pensar quem nos lembra... Perceber, descobrir, captar esses fluxos de sentimentos e associações torna o trabalho melhor e menos chato. Cada vez que os descobrimos, aprendemos muito sobre nós mesmos e ganhamos (...) autonomia (Op. Cit.: p.114, grifo do autor).

Uma escuta ampliada na clínica seria algo que poderíamos aproximar daquilo que Freud denominava “atenção flutuante” no contexto psicanalítico (guardando, é claro, as especificidades do trabalho nos diferentes contextos). Consistiria num esforço em manter a atenção numa espécie de mobilidade, o não privilégio *a priori* de elementos da fala do

paciente, uma abertura que implica abrir mão de preconceitos. Pois, uma vez que o profissional focaliza sua atenção em elementos que, a princípio, são de seu interesse, ele tenderia a negligenciar outros aspectos que seriam fundamentais e, sobretudo, seria levado a “descobrir” aquilo que já pressupõe.

Assim, *ouvir e falar com* requer certa abertura ao inesperado. E essa atenção não deveria se voltar apenas para o conteúdo do que é dito, mas também para o tom de voz, o ritmo da fala e a gestualidade que a acompanha, os silêncios, os risos (Kupermann, 2004), e a forma com que as frases são construídas. É importante fazer perguntas as mais abertas, que abram espaço para a fala do sujeito, e cuidar para não “atropelá-lo”: dar valor ao silêncio, que pode comunicar muita coisa; não discutir imediatamente o que foi pronunciado; recolher-se sobre o que foi dito e olhar para si mesmo, tentando compreender os significados. E quando necessário, usar de estratégias para ajudar o sujeito a falar – como, por exemplo, parafrasear ou resumir os conteúdos que já foram ditos e devolvê-los, para que possam ser repensados e reformulados; servir de espelho, isto é, refletir para o sujeito o que foi percebido de suas emoções e sentimentos, para que ele possa validar a compreensão do profissional e também ampliar a compreensão sobre si; dar menos conselhos e “palpites”, devolvendo as questões feitas pelo sujeito para que ele mesmo possa pensar e procurar respostas; entre outras estratégias possíveis. Isso ajuda a ampliar a capacidade do sujeito para entender e agir sobre sua realidade.

Enfim... tentamos indicar possíveis caminhos e algumas categorias que podem ser úteis para a construção de uma clínica sensível à complexidade das dimensões do humano e aos aspectos relacionais das intervenções. São categorias que remetem à dimensão ético-política da clínica, na medida em que apontam para a necessidade dos profissionais

colocarem-se a serviço da defesa da vida, *“mas como agentes que se deixam tocar, interferir pela vida que aí pulsa”* (Onocko Campos, 2006). Elas pretendem propiciar a valorização da narrativa e da experiência do sujeito, bem como sua participação na elaboração de escolhas e das direções do percurso terapêutico, podendo servir como elementos reflexivos e balizadores para que as práticas assistenciais não sejam produtoras de controle e impotência, mas de autonomia e de capacidade reflexiva, crítica e de ação.

E então, perguntamo-nos: essa disponibilidade para a alteridade, essa qualidade relacional, é possível “ensiná-la”? Por meio de que tipo de formação o profissional poderia chegar a manter esse lugar? Para Oury (1991), essa sensibilidade para estar com o outro requer certa disponibilidade de saída da parte de quem se engaja nesse trabalho, uma disposição particular de sua própria personalidade. Mas requer também uma aprendizagem que não se adquire no ensino tradicional, nem se faz de maneira passageira ou de uma vez por todas. Trata-se de uma aprendizagem próxima daquela do artesão, algo da ordem de uma experiência. Vejamos a seguir.

2. A formação como instância de mobilização do sujeito e do trabalho em saúde: referenciais teórico-metodológicos

2.1 Por uma formação que implique o sujeito na construção da realidade

*“(...) o sertão é do tamanho do mundo.” (p.89)
“Sertão: é dentro da gente.” (p.220)*

*“Viver — não é? — é muito perigoso. Porque ainda não se sabe. Porque aprender-a-viver é que é o viver mesmo. O sertão me produz, depois me engoliu, depois me cuspiu do quente da boca.”
(p.413)
(Guimarães Rosa, 1983)*

O caminho no sertão não acaba. Abre tantas veredas e encruzilhadas, e as pessoas nunca estão terminadas. O sertão é do tamanho da gente, a formação do ser humano é do tamanho da vida.

É nesse sentido que pensamos a formação do “ser profissional de saúde”. Um processo que se firma na graduação, mas que não se finda ali, que transcorre durante toda a vida profissional, dentro e fora do ambiente de trabalho, seja por meio de propostas formais de educação, das próprias relações cotidianas de trabalho, ou mesmo da inserção do sujeito no mundo sócio-cultural. Um processo que contribui para a construção da identidade profissional e do modo de vivenciar e realizar a prática em saúde e que, sobretudo no contexto de trabalho, pode ser instrumento de reflexão e transformação dessa prática.

Além disso, propomos pensar uma formação que não se restrinja ao arcabouço técnico-científico que configura os diversos núcleos profissionais, pois o trabalho em saúde se dá essencialmente por meio da relação e no encontro entre pessoas. A visão de mundo, os valores, a postura ético-política e os afetos do profissional (e do usuário) comparecem e

influenciam o rumo de qualquer intervenção e, portanto, devem ser tomados como objeto juntamente com os aspectos técnicos e científicos no processo de formação em saúde. Em sua dimensão técnica, o trabalho em saúde está inevitavelmente embebido pelo processo de subjetivação do profissional que se forma. A travessia do formar-se profissional de saúde compõe-se com a aquisição de informações, referenciais teórico-conceituais, competências e habilidades técnicas, relacionais e políticas, e também com as motivações que levaram à escolha profissional, com o tipo de engajamento ou tomada de posição do sujeito, suas crenças, seus desejos, seu devir (Oury, 1991). A questão que se coloca é se os programas, os cursos e outras instâncias de formação se encarregam com mais ou menos radicalidade da abordagem desses elementos em seu conjunto.

Neste capítulo, partiremos de reflexões sobre o tema da formação em saúde de modo geral e a necessidade de mudanças no modo de formar os profissionais para que sejam capazes de abordar o processo saúde-doença de maneira ampliada, de trabalhar em equipe e de desenvolver uma prática que não se esgote na situação clínica individual. Em seguida, enfocaremos a especificidade dos processos de formação permanente em contextos de trabalho, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada pelo modelo de educação da ciência positivista, que propõe separar o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, e que tende a fragmentar o conhecimento e a reduzir o saber à busca pela eficiência técnica. O conhecimento, nessa lógica, é visto como produção estática, como verdade que está no mundo para ser descoberta. E dessa forma, os processos de ensino-aprendizagem tem se restringido, no mais das vezes, à transmissão do conhecimento de um sujeito que o detém para outro que o retém e deve repeti-lo.

Reprodução de relações autoritárias e da atitude de passividade frente à realidade, num movimento que tende a se transpor da relação professor-aluno para a relação profissional-paciente (Nuto *et al*, 2006; Souza, 2001).

No contexto brasileiro, de uma sociedade fundada na desigualdade social e na reprodução de subjetividades “colonizadas” e “colonizadoras”, o processo de consolidação de políticas públicas para a garantia de cidadania exige outro modelo de educação, que estimule a construção da consciência crítica, da curiosidade criativa e indagadora de um sujeito que reconheça a realidade como mutável e que pode buscar transformá-la. O desenvolvimento do SUS depende da formação de profissionais com competências éticas, políticas e técnicas, com capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade, e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade (Mitre *et al*, 2008).

A necessidade de repensar os processos de ensino-aprendizagem necessários à formação em saúde passa também pelo reconhecimento das profundas transformações que dão novos contornos à sociedade contemporânea. A velocidade da produção de novos conhecimentos e tecnologias, tornando as verdades cada vez mais provisórias; o questionamento de valores até então intocáveis; a influência dos meios de comunicação na construção de modelos e o embotamento das possibilidades de pensar a vida e o mundo; o dilaceramento das relações sociais; a configuração de uma nova dimensão de espaço e tempo; a disseminação de sociedades de controle: tudo isso impõe a necessidade de reflexão sobre esse novo tipo de inserção dos sujeitos no mundo e o papel do profissional de saúde nesse contexto (idem, *ibidem*).

E é por isso que insistimos no uso da palavra “formação”, diferenciando-a do termo “educação”, para enfatizar a dimensão do devir, ou seja, o processo do ser, ou ainda, o ser como processo (Japiassú & Marcondes, 1996)¹⁴. A formação do ser humano – e aqui especificamente a formação para o trabalho em saúde – em todas as formas do chegar a ser, do ir sendo, do mudar-se, do acontecer, do passar, do mover-se. Nesse sentido, inúmeras são as instâncias onde se adquire habilidades, capacidades e competências que apuram o ser profissional de saúde e que se integram à aprendizagem nos meios mais formais de ensino. Tanto atividades e experiências que promovem a expansão dos significados dados às coisas da vida, como a arte, a literatura, a filosofia, as relações interpessoais, como também as experiências no próprio ambiente de trabalho, nas relações que ali se estabelecem, e especialmente nos espaços coletivos onde se pensa o trabalho, onde se coloca em análise aquilo que se faz. Na saúde, o trabalho em equipe, se tomado efetivamente em sua possibilidade de análise da prática, de discussão dos casos e intervenções, pode se configurar como uma importante instância de formação permanente *in loco*.

Mas quando nos interrogamos sobre o termo “formação”, outras expressões aparecem associadas: informar, forma, fôrma, que remetem a formatar, pôr em forma. Collares *et al* (1999) criticam essa noção, partindo da relação passado-futuro. Para esses autores, quando se pensa em formação estamos considerando um conjunto de características do tempo futuro em que queremos ver projetadas perspectivas do passado: o que do passado será parte do conjunto de conteúdos a serem trabalhados no presente e que desenharão a forma/fôrma do sujeito do futuro que estamos a formar? Então, para aqueles

¹⁴ Há uma visão pejorativa a propósito da educação, que não é senão a tradução do seu distanciamento do senso comum e da vivência dos sujeitos. A educação deveria permitir o “aprender a aprender”, em oposição à noção de condicionamento (Oury, 1991).

que projetam um futuro que repete as relações sociais do passado e do presente, trata-se de entender a formação como *enformação*, como construção de subjetividades assujeitadas a um conjunto prefixado e fechado de modos de compreender o mundo. E a forma da ação, neste cenário, é a transmissão de um conhecimento supostamente pronto e acabado, passivamente recebido e independente das mãos e mentes em que repousa. Formação pela incorporação/apropriação não transformada, que forma os sujeitos em seres supostamente a-históricos, neutros e racionais, negando a contingência da subjetividade.

Mas se consideramos o homem como construção social e histórica, isso nos obriga a operar com certa dose de incerteza, imprevisibilidade e com uma concepção de ciência que inclua sua própria temporalidade, a transitoriedade de suas verdades, a incompletude dos modos de explicação do real e a subjetividade de seus processos de construção. Nessa perspectiva, podemos apontar para uma formação de subjetividades não assujeitadas ao passado, e que utilizem no futuro o que do passado lhes é transmitido como instrumento de interpretação do presente e de construção de novas possibilidades para a vida. Como nos ensina Mário de Andrade (1966), *“o passado é lição para se meditar, não para reproduzir”*.

Com essa noção, que nos remete à hermenêutica filosófica de Gadamer (2003), nos aproximamos do que foi apontado acima sobre a dimensão do devir na formação e a importância da experiência cotidiana que constitui e impulsiona o processo incessante de tornar-se profissional de saúde, sua travessia. Para Gadamer (*idem, ibidem*), a compreensão do real depende do resgate da tradição e da história, o que não seria somente um movimento de reprodução do velho, mas também de produção, ao se resgatar as vozes de resistência que atuam nas mudanças históricas. Entretanto, o autor enfatiza outra condição

para compreendermos o real: o reconhecimento de nossos conceitos prévios, que permeiam inevitavelmente nosso contato com o mundo. Ao entrarmos em contato com algo a ser compreendido, precisamos nos interrogar sobre nossos pressupostos, expectativas e sentidos que desenhamos previamente, para que possamos confrontar-nos com o que o real apresenta em sua alteridade. Destacamos a concepção gadameriana para apontar a importância dos processos de formação considerarem, por um lado, o conjunto de conhecimento já consolidado, mas sempre numa postura de liberdade e possibilidade de escolha das vozes da tradição que queremos sustentar, e por outro lado, partirem das concepções prévias dos sujeitos, assumindo e questionando as crenças e valores na composição das formas de percepção do mundo.

A forma da ação se constituiria, nessa perspectiva, como *trans-formação* – de sujeitos e da realidade – a partir da construção conjunta entre professores e alunos, trazendo as experiências, vivências e as concepções prévias para o centro do processo de ensino-aprendizagem e partindo das indagações aí despertadas para a busca do conhecimento já consolidado, sua interpretação e aplicação (Collares *et al*, 1999). A experiência seria tomada como propulsora do aprendizado e, como diria Gadamer, colocaria em primeiro plano a aplicação do conhecimento. A experiência apareceria como algo a ser questionado porque não dispomos, no momento vivido, de conceitos e noções para compreendê-la; porque conflita com o passado e com nossos conhecimentos e saberes. Exige-nos uma interpretação e, por isso, torna-se significativa, forjando a construção de saberes que possam nos ajudar a explicá-la (Gadamer, 2003). Nesse sentido, a aprendizagem é também ruptura. Ruptura relativa não apenas em relação ao conhecimento e ao saber, mas uma

mudança relativa ao estatuto do sujeito, que se torna enunciador na compreensão e interpretação sobre o que lhe acontece.

Dessa forma, podemos afirmar que a formação opera, simultaneamente, com processos de cognição e subjetivação, pois ao mesmo tempo em que adquirem e constroem conhecimento, as pessoas se produzem a si mesmas como sujeitos (Franco, 2007). Sujeitos passivos e a-críticos, que se apropriam de um conhecimento transmitido e, numa suposta posição de neutralidade, seguirão a aplicá-lo numa realidade que, a depender de sua ação, permanecerá repetindo suas mesmas contradições. Ou sujeitos com capacidade de análise e enunciação, sujeitos implicados com a coletividade, com capacidade de se mobilizar e intervir na realidade para transformá-la. Resta-nos perguntar: que processos de subjetivação queremos estimular na formação para o trabalho em saúde?

2.2 Diferentes formas de ação: uma contextualização das propostas de Educação

Continuada e Educação Permanente em Saúde

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente e da Política Nacional de Humanização, vem apontando a importância de reestruturar os serviços e a prática em saúde através de propostas educativas para os profissionais já inseridos no SUS¹⁵. De maneira geral, propõe-se aproximar o ensino-aprendizagem à

¹⁵ Da mesma forma, no âmbito da graduação, as Diretrizes Curriculares para a maioria dos cursos da área de saúde propõem a reestruturação dos currículos e das práticas pedagógicas, visando à formação de novos profissionais para o SUS. Os Ministérios da Educação e da Saúde apoiaram projetos de integração ensino-serviço-comunidade, através de programas como o PROMED (Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina, desde 2002 – amplamente criticado por sua formulação uniprofissional) e o PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, desde 2005 – também alvo de críticas, pois apesar de incluir medicina, enfermagem e odontologia, deixou de fora as outras categorias profissionais). A partir de 2004, propostas mais abrangentes como o Aprender-SUS e VER-SUS (Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) se constituem como política para a educação universitária, propondo a inclusão de todos os cursos da área de saúde para atender as diretrizes do SUS (Carvalho & Ceccim, 2006). Atualmente está em andamento o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, desde 2008 – criado para estimular a interdisciplinaridade nos currículos de graduação e fortalecer a relação ensino-serviço-comunidade).

realidade social e ao atendimento às demandas dos serviços e da comunidade, com a adoção de metodologias ativas para uma formação geral, crítica e humanística. Nos últimos anos, cresceu significativamente o número de iniciativas pedagógicas para o aprimoramento da prática em saúde, denominadas por diversos termos, como capacitação, atualização, reciclagem, educação em serviço, educação continuada, educação permanente.

No entanto, alguns autores (Ribeiro & Motta, 1996; Mancina *et al*, 2004; Ciconet *et al*, 2008; Gatti, 2008; Tronchin *et al*, 2009) demonstram que, apesar dessas iniciativas virem crescendo, apresentam contradições entre os discursos e a formulação concreta de propostas, sendo que algumas são vagas quanto ao seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e de gestão, e genéricas quanto à proposição das formas de ação educativa. A grande variedade de termos com os quais são designadas essas iniciativas não nos permite precisar seus pressupostos e a proposta metodológica na qual elas de fato se apóiam, e conseqüentemente os efeitos que podem desencadear.

Embora atualmente haja avanços na reformulação de propostas pedagógicas, ainda é marcante na área da saúde o modo fragmentado e especializado de lidar com os saberes, e por isso é fundamental identificar os rastros desse percurso. Tradicionalmente, o modelo dos programas educativos na saúde vem sendo elaborado em função de políticas específicas, programas de ação e ações programáticas formuladas a partir do que cada área técnica especializada, em nível central, examina como problemas a serem resolvidos. Para cada programa, segue-se uma linha de capacitações, entendidas como prescrições do que se considera o melhor modo de atuação. Ou seja, parte-se de dados gerais que possibilitam identificar a existência do problema e sugerir explicações, mas que não permitem compreender a singularidade e as conexões de sentido locais (Cecim, 2005; Brasil, 2009).

O conhecimento é descontextualizado e baseado na transmissão de informações e condutas a serem seguidas por meio de protocolos. Não que os problemas oriundos de áreas especializadas não possam influenciar estratégias pedagógicas, mas o desafio seria integrá-los ao contexto singular de cada região e até de cada serviço ou equipe, evitando-se com isto, um modelo taylorista de treinamento dos profissionais, baseado em padrões de suposta excelência e aplicação universal.

Por outro lado, sob o atual argumento da produção acelerada de conhecimentos e tecnologias, cria-se o discurso da necessidade de permanente atualização e renovação. Os profissionais devem ser “atualizados” e “reciclados”, como se seu saber fosse “velho” e sua experiência fosse “lixo” (Gatti, 2008). Como se o exercício profissional fosse sempre um exercício de desgaste e de esvaziamento. O curso seria o lugar onde se “enche” a cabeça do profissional como um jarro, que será esvaziado na prática cotidiana e deverá novamente ser preenchido (Collares *et al*, 1999). Como o castigo das Danaides, uma prática interminável de repetição, que recomeça sempre do mesmo marco inicial¹⁶. Assim, se diferentes termos são usados como sinônimos, não é por mera preocupação semântica que nos perguntamos: afinal, do que se trata?

Na análise da literatura sobre o tema, os termos Educação Continuada e Educação Permanente parecem ter se consolidado como duas propostas distintas – a primeira como prática convencional e a segunda como prática inovadora – mesmo que no interior de ambas seja possível notar traços semelhantes e influências de práticas tradicionais na saúde, como programas de capacitação e/ou atualização técnica. Apesar de ambas conferirem uma

¹⁶ Na mitologia grega, as 50 filhas de Dánao, rei de Argos, foram forçadas a casar com os seus 50 primos para evitar uma guerra em que se disputava o trono. O pai, contudo, instruiu-as a matarem seus maridos na noite de núpcias. Apenas uma das filhas desobedeceu ao pai, poupando a vida do seu marido. As 49 restantes, quando passaram para o mundo dos mortos, foram julgadas e castigadas. O seu castigo foi passarem a eternidade a encher de água um grande tonel furado.

dimensão temporal de continuidade ao processo de educação que corresponde à necessidade das pessoas por formarem-se durante toda a vida, assentam-se em princípios metodológicos diversos, como se verá a seguir.

De acordo com Ribeiro & Motta (1996), na Educação Continuada as demandas da gestão e dos profissionais freqüentemente recebem respostas comuns, orientadas pela concepção de que as mudanças desejadas se alcançam basicamente desde a acumulação da informação e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e programas. A Educação Continuada teria, dessa forma, finalidades mais restritas de atualização e aquisição de novas técnicas e conhecimentos, a fim de melhorar a competência dos profissionais para desenvolver suas responsabilidades. A competência, nessa ótica, seria um atributo e uma responsabilidade individuais, vinculados ao domínio de conhecimento e habilidades que, sem dúvida são importantes, mas são insuficientes para a mudança nas práticas, nos processos de trabalho e nas relações entre os profissionais e entre profissionais e usuários. Além disso, por ter enfoque disciplinar e ser direcionada a categorias profissionais, a Educação Continuada desconsidera a perspectiva de equipe e acaba por reforçar a fragmentação do trabalho.

O modelo pedagógico é o modelo escolar tradicional, centrado na transmissão de conhecimentos e no ambiente didático da sala de aula, geralmente fora dos espaços de trabalho. A prática é entendida como campo de aplicação do saber especializado (acadêmico) e situada no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos, numa seqüência linear. O saber esvazia-se de sentido, pois está desconectado da solução dos problemas do fazer cotidiano.

Em seus cursos de atualização, os profissionais são levados ao paraíso do como deveria ser, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e

atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra. (...) É este mesmo conhecimento, no entanto, que lhes confere uma autoridade profissional (...) e que dá lugar a uma legitimação da certeza e a uma valorização da segurança (Ribeiro & Motta, 1996: p.14).

Contradizendo sua nomenclatura, a Educação Continuada dá-se por meio de cursos de caráter complementar e seriado, com ênfase na dimensão técnica do trabalho e nos quais o contexto e as questões nele despertadas não comparecem para nortear e dar sentido à construção de conhecimento. Em realidade, trata-se de uma estratégia descontínua de capacitação com interrupções no tempo, ou seja, um oferecimento de cursos periódicos na forma de pacotes fechados (Massaroli & Saupe, 2010; Mancina, *et al*, 2004), com pequena influência para a transformação das práticas vigentes e das formas de relação que se dão nos serviços de saúde. Se não há seguimento contínuo, do mesmo modo há pouca ênfase na avaliação, portanto novos cursos são propostos sem que se leve em conta o que já foi feito e o que a isso deveria se seguir. Embora aparentemente inclua a dimensão temporal, de fato o que a Educação Continuada afirma é a seqüência de “tempos-zero” (Collares *et al*, 1999), em que a história é negada e os saberes advindos da experiência são desqualificados. Um eterno recomeçar que prevê repetição constante do “novo” e acaba por auxiliar na manutenção das relações atuais.

O termo Educação Permanente, como se encontra na literatura, parece se diferenciar da perspectiva acima, ampliando-a em alguns sentidos. A partir da crítica às tendências clássicas na educação e incorporando aportes da sociologia das organizações e da educação de adultos nas situações de trabalho, passam a ganhar corpo na década de 70 algumas formulações teóricas e experiências que tomavam os espaços de trabalho como espaços de

educação. A partir de então, outras vertentes de diversas origens geraram desenvolvimentos no campo da educação e do trabalho, como os enfoques de Desenvolvimento Organizacional, Círculos de Qualidade, Qualidade Total e Reengenharia Organizativa, particularmente difundidos no âmbito das empresas. No campo da saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram à proposição da Educação Permanente e seus contrastes em relação ao modelo de Educação Continuada (Davini, 2009).

De modo geral, o referencial da Educação Permanente propõe inovações nos seguintes sentidos: incorporação do ensino e da aprendizagem na vida cotidiana dos serviços de saúde; modificação das estratégias educativas, a partir do reconhecimento da prática como fonte de conhecimento e da problematização do fazer; entendimento do sujeito como ator reflexivo e construtor de conhecimento; abordagem da equipe para superar a fragmentação do trabalho (idem, *ibidem*).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a Educação Permanente como estratégia para o desenvolvimento dos profissionais, tomando-a como política do SUS através das portarias 198/GM de 2004 e 1996/GM de 2007 (Brasil, 2009). Para sua implantação, foram criados os Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias de gestão e articulação interinstitucional compostas, em nível estadual e municipal, por gestores, instituições formadoras, serviços de saúde e representantes de trabalhadores e usuários. A proposta seria ofertar cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto de profissionais, além de influenciar na mudança curricular dos cursos de graduação e na educação popular em saúde (Mancia, *et al*, 2004). Essa política parte da afirmação de que a construção do conhecimento deveria se dar durante o processo

produtivo em saúde e seu objetivo seria transformar o processo de trabalho através da reflexão sobre e no serviço, buscando o conhecimento para explicar os problemas identificados na prática cotidiana (Franco & Koifman, 2010).

A criação da Política de Educação Permanente e a articulação interinstitucional e regional proposta pelos Pólos, desde a perspectiva de seu discurso, representou grande avanço no que se refere à inversão da lógica da oferta de pacotes fechados de cursos de “treinamento” e “reciclagem”. Algumas experiências municipais (Sobral, Marília, Aracajú) tiveram êxito nas articulações da Educação Permanente à gestão para a reformulação das práticas (OPAS, 2010). No entanto, muitos limites e dificuldades ainda se impõem com relação à estruturação e funcionamento dessa política. Os Pólos não conseguiram sua capilarização nas diferentes regiões do país e, principalmente, falta avaliação sobre os efetivos resultados da Educação Permanente no que se refere à transformação dos processos de trabalho e das relações que se estabelecem nas práticas clínicas e de gestão. Esse cenário é produzido tanto pelas dificuldades na pactuação entre instituições formadoras, gestores e serviços (idem, ibidem), mas também e em grande medida, porque os paradigmas em saúde e os modelos tradicionais de organização dos serviços são pouco permeáveis à concretização de relações mais democráticas, de trabalho interdisciplinar e em equipe.

Contudo, é importante destacar os fundamentos dessa proposta, que tem contribuído para a revisão das concepções pedagógicas e metodológicas predominantes na saúde. Alguns pressupostos da Educação Permanente inspiram-se no pensamento de Paulo Freire e sua “pedagogia crítica ou libertadora”¹⁷, que defende uma educação crítica, a serviço das

¹⁷ A pedagogia de Paulo Freire insere-se na corrente construtivista que, opondo-se à pedagogia tradicional, tem como amplo princípio a construção ativa do conhecimento pelo aluno. Piaget (1973) foi um dos fundadores dessa corrente, enfatizando a importância da interação da criança com o mundo físico, enquanto Vygotsky (1988) a ampliou, ao enfatizar a interação social como propulsora da aprendizagem. Ver Jófili (2002).

transformações sociais, econômicas e políticas, visando superar as desigualdades sociais. A educação seria, para Freire, uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade, da qual apreendem uma situação-problema e, a partir da análise crítica, atingem um nível de consciência dessa realidade a fim de nela atuarem (Pereira, 2003). De Freire provêm as noções de aprendizagem significativa e de problematização¹⁸, muito enfatizadas na proposta de Educação Permanente.

A aprendizagem significativa se refere à construção de sentidos para o objeto do conhecimento. Para ser significativo, o conteúdo deve relacionar-se aos conteúdos prévios do aluno, exigindo dele uma atitude favorável capaz de atribuir significado próprio aos conteúdos que assimila. Na aprendizagem significativa, o aluno interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como construtor do conhecimento, relacionando o conteúdo aprendido aos seus conhecimentos prévios. Para isso, é necessário um trabalho de *continuidade e ruptura* em relação aos conhecimentos que o aluno traz. O conteúdo novo deve apoiar-se numa estrutura cognitiva já existente, o que exige do professor verificar o que o aluno sabe, para, de um lado, relacionar os novos conteúdos à experiência do aluno – *continuidade* – e de outro, provocar novas necessidades e desafios, levando o aluno a ultrapassar a sua experiência, os estereótipos e as sínteses anteriores – *ruptura* – tensão que possibilita a ampliação das possibilidades de conhecimento (Mitre *et al*, 2008; Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

Nessa perspectiva, o professor deixa seu lugar centralizador no ensino e passa a ter um papel de *facilitador* do processo de ensino-aprendizagem, devendo estimular o aluno a desenvolver uma postura ativa, crítica e reflexiva na construção do conhecimento (Mancia

¹⁸ Há diferentes abordagens teóricas para o tema da problematização, que originam diferentes propostas pedagógicas. Para uma descrição mais pormenorizada das filiações teóricas, ver Zanotto & De Rose (2003).

et al, 2004). O professor-facilitador é aquele que organiza as condições para o trabalho dos alunos, assegurando um ambiente em que todos possam reconhecer e refletir sobre suas próprias idéias e aceitar que outros expressem pontos de vista diferentes (Jófil, 2002). Na Educação Permanente, o trabalho do facilitador visa estimular que os profissionais reflitam sobre os problemas cotidianos e busquem uma estrutura explicativa para os impasses encontrados no processo de trabalho, abordando as múltiplas dimensões que os envolvem. Os profissionais devem tomar consciência do problema e nele se reconhecerem, para que possam elaborar formas de ação.

A proposta metodológica da Educação Permanente é, portanto, a problematização do processo de trabalho. O recurso de partir do levantamento de problemas para então acessar o conhecimento necessário para explicá-los foi desenvolvido no âmbito do pensamento construtivista e sistematizado como Metodologia da Problematização (Berbel, 1998). É também utilizado na Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL em inglês), uma metodologia para re-organização da estrutura curricular de cursos de graduação em medicina, implementada inicialmente no Canadá e EUA, sendo no Brasil adotada nas Faculdades de Medicina da Universidade de Londrina (UEL), Marília (FAMENA), UNESP-Botucatu, entre outras.

Vale ressaltar uma rápida diferenciação entre a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas, por serem bastante difundidas na saúde e não raro acabarem sendo confundidas. Embora nas duas propostas o ensino e a aprendizagem ocorram a partir de problemas, no PBL os problemas são pré-elaborados por especialistas para contemplar os conteúdos essenciais ao currículo. Partindo da descrição de um problema pelo professor, os alunos vão buscar os conhecimentos necessários para explicá-

lo e fazer suposições sobre como ele poderia ser resolvido. Ou seja, as situações de ensino-aprendizagem no PBL são artificiais, enquanto na Metodologia da Problematização os alunos estão imersos na realidade e irão buscar formas concretas de resolver os problemas levantados (Berbel, 1998; Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

De acordo com Berbel (1998), a Metodologia da Problematização se configura como um conjunto de procedimentos organizados em etapas distintas e seqüenciadas, que têm como eixo orientador a relação ação-reflexão-ação, e cujo propósito é preparar os sujeitos para tomar consciência de seu mundo e transformá-lo. Parte-se de problemas extraídos da realidade observada diretamente pelos alunos, que formularão questões ou perguntas na tentativa de responder ao conflito que o problema traz e que o sustenta. O processo de ensino-aprendizagem é realizado em contexto grupal, a fim de favorecer a emergência de diferentes perspectivas para a composição multidimensional da análise.

Uma referência para utilização da Metodologia da Problematização é o Método do Arco. Trata-se de um esquema organizado em cinco etapas: observação do problema; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação, num movimento que toma a realidade social como ponto de partida e de chegada (Berbel, 1998; Cyrino & Toralles-Pereira, 2004). O processo de ensino-aprendizagem começa com a imersão dos alunos numa dada realidade social e concreta, e sua observação permitirá identificar dificuldades e problemas. Segue-se a identificação das possíveis causas do problema (as variáveis ou pontos-chave). Na seqüência há a etapa do estudo e investigação, quando os alunos buscarão uma teorização sobre o problema por intermédio de livros, pesquisas, entrevistas, questionários. Após esse estudo e com base na compreensão multidimensional do problema, haverá, numa quarta etapa, o levantamento de hipóteses para a solução do

problema, seguida pela última etapa, que é a da execução ou encaminhamento das decisões tomadas.

Segundo Ceccim (2005), a partir da análise dos contextos locais e da problematização do cotidiano, a Educação Permanente possibilitaria a transformação das práticas profissionais e a re-estruturação dos serviços, através da construção de novos pactos de convivência e de modos de ação. O autor propõe que a Educação Permanente interaja em diferentes instâncias para favorecer o reconhecimento das características locais e o desenvolvimento da capacidade de reflexão e crítica. Ele destaca quatro instâncias a serem consideradas: 1. a educação dos profissionais de saúde (mudança da concepção hegemônica tradicional – biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão – para uma concepção construtivista – interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); 2. as práticas de atenção à saúde (construção de novas práticas, em função da integralidade, da humanização e da inclusão dos usuários nas propostas terapêuticas); 3. a gestão (configuração de rede de serviços, assegurando atenção às necessidades de saúde e considerando o usuário na avaliação das ações); e 4. o controle social (atuação junto aos movimentos sociais). Se colocando como porosa à realidade das ações e dos serviços de saúde, a Educação Permanente aposta na problematização de temas oriundos dessas diferentes instâncias, que gerem implicação dos sujeitos e favoreçam a mudança institucional.

Por meio do ensino problematizador, seria possível desenvolver uma postura ativa na construção do conhecimento, a partir do estímulo à reflexão e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. Mas importa-nos perguntar se a ênfase na problematização seria suficiente para desencadear mudanças efetivas no modo dos profissionais

desenvolverem suas ações de produção de saúde e de gestão nos serviços. Consideramos que os êxitos dos projetos de Educação Permanente dependem de uma profunda imbricação entre processos educativos e processos de intervenção institucional, que contemplem a complexidade dos vetores que incidem na co-produção dos modos de fazer saúde.

As mudanças na gestão, na organização dos serviços e nas práticas de saúde não podem prescindir da própria mudança dos sujeitos implicados nessas práticas, ou seja, os processos educativos, se pretendem viabilizar qualquer transformação das práticas, terão que incidir na construção de novos modos de subjetivação. Como afirma Ceccim (2005), é preciso deslocar os padrões de subjetividade hegemônicos e, para isso, o processo educativo deve possibilitar que a crítica aos padrões de ação na saúde produza diferença, afete, modifique, abale o “ser sujeito” dos profissionais. No entanto, para incorporar a produção de subjetividades que se inscrevam numa lógica de coletividade, é imprescindível compreender a subjetividade para além da dimensão intra-psíquica das pessoas, e concebê-la também em sua dimensão social e política. Ou seja, considerar as realidades e os sujeitos como socialmente produzidos e que, portanto, é interferindo na própria forma de produção social que se abrem possibilidades para a mudança dos sujeitos e do mundo. O agir concreto dos sujeitos sobre o mundo, produzindo mudanças no mundo e no próprio sujeito.

Dessa forma, para sustentar esses outros modos de subjetivação e viabilizar efetivas mudanças institucionais, o momento do fazer não pode se colocar somente ao final do processo formativo; as ações e as mudanças não podem ser consideradas como consequência natural da conscientização e do desenvolvimento da capacidade dos sujeitos problematizarem suas práticas. A cultura hegemônica se materializa na própria forma de conceber o trabalho, as relações, a gestão e a atenção em saúde, e muito além de identificar

e problematizar temas e situações advindos do processo de trabalho, há que se intervir em redes de relações que são permeadas por grandes assimetrias de saber e poder e por lógicas de fragmentação profundamente arraigadas no modo de fazer e pensar a saúde, que podem facilmente capturar iniciativas de mudança que sejam mais isoladas e pontuais. Vale ainda considerar que o pressuposto de que mudanças sociais implicariam em mudança automática dos sujeitos, em suas práticas, valores e relações, não se verificou na prática em inúmeros contextos e situações. O exemplo mais notório foi a experiência dos países comunistas, do denominado socialismo real.

Para ilustrar, poderíamos resgatar uma situação comum em alguns contextos, em que esforços são investidos com o propósito de produzir modificações em uma ou outra variável no funcionamento de processos complexos, mas que não incidem sobre a diversidade de seus determinantes, por exemplo: um profissional que, após finalizar seu curso de especialização em que teve a oportunidade de fazer a crítica sobre o funcionamento de seu serviço, decide implementar o que aprendeu e passa a propor discussões de caso e ações interdisciplinares. Entretanto, sem pactuar um projeto com a equipe e sem apoio para lidar com as dificuldades que aparecem nesse processo, não consegue envolvimento dos colegas, não encontra respaldo para efetivar suas propostas, sente-se boicotado e conclui que na prática, a teoria é outra.

Segundo Campos (2000a), a mudança institucional na direção da construção de relações democráticas não se dá pela ação de um sujeito isolado, mas, como reforma social, depende da ação de grupos-sujeito¹⁹, capazes de lidar de forma relativamente autônoma com os constrangimentos da história e do contexto. Não negá-los ou supor que possam ser

¹⁹ O conceito de grupo-sujeito foi desenvolvido por Sartre (1963) para se opor ao de “serialidade”, e foi retomado por Guattari (1985), indicando o grupo que desenvolve autonomia para lidar com os limites impostos pelo contexto.

neutralizados, mas assumi-los como inevitáveis e aprender a lidar com eles. Relações democráticas se constroem na própria experimentação de compartilhar poder, experimentação que, ao mesmo tempo, produz sujeitos. Analisar problemas, deliberar e agir, em espaços onde de fato o poder esteja em jogo, e progressivamente voltar a analisá-los após as ações, redirecionando propostas e definindo novos pactos.

2.3 Formação como prática, prática como formação: o Apoio Paidéia, suas influências e ampliações

“Transformar o mundo exterior, as relações gerais, significa fortalecer a si mesmo, desenvolver a si mesmo. É uma ilusão, e um erro, supor que o ‘melhoramento’ ético seja puramente individual: a síntese dos elementos constitutivos da individualidade é ‘individual’, mas ela não se realiza e desenvolve sem uma atividade para o exterior, atividade transformadora das relações externas (...). Por isso, é possível dizer que o homem é essencialmente ‘político’, já que a atividade para transformar (...) realiza a sua ‘humanidade’, a sua ‘natureza humana’” (p.47-48)
(Gramsci, 1978)

Estamos a apontar para a necessidade do aprofundamento dos propósitos da Educação Permanente. Além de tomar os problemas reais dos serviços de saúde, afirmamos como cerne dos processos de formação as intervenções concretas e necessariamente ligadas às relações de poder, à dimensão da gestão e da política. Trata-se de imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de co-produção de mudanças nos sujeitos, nas práticas e na organização dos serviços.

Isso implica desestabilizar a dicotomia entre sujeito e objeto, como unidades relacionadas numa perspectiva de sobredeterminação, ora do sujeito sobre o objeto, ora do objeto sobre o sujeito. Apostar no caráter prático e reflexivo do conhecimento significa assumir que todo conhecer é também uma forma de fazer – fazer o si mesmo e fazer o mundo. Formar significa dialogar com redes de saberes e de experiências, porém um

diálogo que não pretenda constatar um dado processo, mas interferir produzindo desvios (Heckert & Neves, 2007). Considerando que é na mistura de saberes que uma invenção pode acontecer, a formação deve estimular a articulação entre *problematização* e *ação* para incitar a criação de outros modos possíveis de fazer saúde.

No âmbito da Política Nacional de Humanização vem sendo amplamente enfatizada a necessidade de reconstrução de atitudes e posturas ético-políticas para superar os desafios da produção de saúde, e seus pressupostos apontam para a concepção de formação aqui defendida. Considera-se que fenômenos nomeados como “desumanização” expressam mais que falhas éticas individuais ou referidas apenas aos profissionais. Suas origens não estão no fato em si, já que este apenas revela determinadas concepções sobre o trabalho e suas formas de organização. As iniciativas de formação, portanto, não deveriam ser somente direcionadas ao enfrentamento de atitudes e comportamentos considerados inadequados, o que produziria não mais que um discurso moral que recairia sobre os sujeitos como prescrição do modo “certo” de fazer. Ao compreender as chamadas “práticas desumanizadoras” como expressões de formas precárias de organização do trabalho e também da formação dos sujeitos envolvidos, a pauta da “humanização” se desdobra para uma formação que coloca em foco o tema da gestão (Brasil, 2010).

A gestão e a clínica são duas instâncias indissociáveis, e, portanto, a formação deve buscar a conexão das práticas de produção de saúde ao campo da gestão e da política, pois essas práticas derivam também das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização. Desse modo, a formação torna-se inseparável da proposição de processos de mudanças institucionais, ou seja, para formar é fundamental intervir sobre as relações de poder e sobre o modo de fazer, e intervir é experimentar em ato as mudanças

nas práticas de gestão e atenção, na direção da consolidação do SUS. Formar como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados, considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde (idem, ibidem)²⁰.

Como referencial pedagógico para uma formação com caráter de intervenção institucional e que conecte a clínica e a gestão, tomamos o Apoio Paidéia, um dos elementos contidos na rede conceitual e operativa desenvolvida por Campos (2000a) na tese intitulada “*Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos – Método Paidéia*”. O Apoio é a metodologia para operacionalizar essa rede de conceitos no trabalho com coletivos e tem como objetivo ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos para agirem, individual e coletivamente, sobre a realidade.

A tese de Campos (idem, ibidem) parte da crítica à racionalidade gerencial hegemônica e propõe uma concepção ampliada de gestão, fundamentada na articulação de saberes e práticas dos campos da política, da gestão, da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Além de tomar como objeto os aspectos administrativos e financeiros de uma organização, a gestão também deveria considerar os aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que fazem parte da constituição dos processos de trabalho, se ocupando de questões relacionadas à produção de saúde (clínica, saúde coletiva, modelos de atenção), à

²⁰ É importante observar que a formação não substitui o lugar e a função do gestor e da gestão em seus diferentes níveis (local, municipal, estadual e federal) no impulso, direcionamento e apoio aos processos de mudança institucional para ir ao encontro das diretrizes do SUS, ainda que deva estimular os profissionais a assumirem seu papel ativo no processo de gestão compartilhada e na redefinição do modelo de atenção.

distribuição do poder e circulação de saberes, e aos objetos de investimento²¹ dos profissionais, seus valores e cultura.

O Método Paidéia propõe apoiar as equipes na construção de objetos de investimento relacionados, de alguma forma, com a produção de valores de uso (objeto de trabalho), atenuando assim o grau de alienação no trabalho e estimulando a re-ligação dos profissionais com sua obra, ou seja, a identificação com os resultados de seu trabalho. Assim, seriam objetivos da gestão a produção de bens ou serviços, mas também a produção dos sujeitos e coletivos. Essa implicação do Método Paidéia com a formação dos sujeitos é que fundamenta a utilização do Apoio como referencial pedagógico para a formação em saúde²².

O autor propõe um método que busca efetivar a gestão democrática – co-gestão – através do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da instituição e de seus processos de trabalho, podendo ser aplicado à política, ao planejamento, à gestão e a práticas profissionais como as de saúde ou de educação. Trata-se de uma metodologia para analisar a dinâmica dos coletivos e, ao mesmo tempo, intervir no seu desenvolvimento a partir da emergência de temas relevantes ao contexto. Estimula-se a construção de textos de forma compartilhada, bem como sua análise e interpretação, elaborando-se com isso novos sentidos e significados que orientem o agir concreto dos sujeitos envolvidos. A proposta inclui lidar com as relações interpessoais de modo construtivo e dialético, isto é, parte do reconhecimento da inevitável diferença do outro e da existência de conflitos de interesse e

²¹ Parte-se da concepção psicanalítica de objeto como fenômeno sobre o qual o sujeito ou o coletivo consegue investir afetos.

²² O termo Paidéia remete ao ideal grego da formação integral do ser humano.

visão de mundo, e supõe distintos modos de integração entre fenômenos e sujeitos, que produzem efeitos contraditórios.

Para Campos (2000a), o trabalho possui um triplo objetivo: trabalha-se para produzir valor de uso para terceiros; trabalha-se para si mesmo, para assegurar a própria existência social e construir significados para a vida; e trabalha-se para a reprodução das condições de trabalho e da própria organização. Contudo, nem sempre os interesses coincidem nesses três sentidos e ademais, especialmente na saúde, o trabalho se exerce entre sujeitos com distintos graus de conhecimento e poder, e que se filiam a diferentes paradigmas, o que torna indispensável assumir e trabalhar o conflito, ao invés de evitá-lo ou buscar supostos consensos em todas as situações. Para isso, é necessário construir espaços coletivos em que as equipes possam elaborar projetos comuns, mas também pensar e lidar com as diferenças, através da construção de contratos (estes considerados como algo provisório, passíveis de serem revistos). O objetivo seria tanto interferir no contexto institucional como contribuir para ampliação da capacidade de análise, de tomar decisões e de agir sobre a realidade dos sujeitos envolvidos.

Trata-se de incluir os sujeitos e coletivos nos espaços de gestão, atenção e formação, ampliando as redes de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, de forma a alterar as fronteiras dos saberes e dos campos de poder, apostando que os sujeitos são capazes de produzir deslocamentos desde seus interesses mais imediatos para construir processos de negociação e criação de projetos comuns. No entanto, a inclusão dos sujeitos nos processos de decisão sobre as mudanças institucionais não pode se bastar em si, mas deve se pautar por princípios e diretrizes clínicas, políticas e éticas, como a ampliação da clínica, a democratização das relações, a interdisciplinaridade e o fomento de redes de

atenção, e pelos próprios princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade – os quais, aliás, embora já muito versados, ainda esbarram em muitas dificuldades para serem implementados.

É importante destacar o caráter construtivo contido nesta concepção, já que a crítica à racionalidade gerencial hegemônica propõe que haja inovações e criatividade na gestão do trabalho. Não se desconsidera a necessidade da manutenção de certos aspectos das organizações de saúde, ou seja, a gestão não pode se isentar de lidar com normas e métodos para o controle do trabalho, que deve estar orientado para o cumprimento de sua finalidade e responsabilidade sanitária. Busca-se apenas modos democráticos e interativos para se lidar com regras, normas e avaliações. A crítica pressupõe reformar a organização, o trabalho e os sujeitos – e não aniquilá-los – estimulando a autonomia, a responsabilidade das equipes e a construção de objetos de investimento, sempre a partir do estabelecimento de contratos e compromissos.

O Método Paidéia se baseia, sobretudo, na concepção de que os sujeitos, as necessidades sociais, as instituições, os valores – todos os fenômenos sociais – se constituem por meio de processos de co-produção, de conflito, luta e acomodação. Produção concomitante (como já apontamos), resultado da relação dialética entre forças particulares/ internas (desejos, interesses dos sujeitos) e forças universais/ externas (contexto, necessidades sociais, instituições), e da conformação de sínteses singulares entre sujeito e contexto, em que se tecem compromissos, contratos e projetos. Toda essa movimentação é exercida por meio da política, da gestão, do trabalho e da prática. Seríamos, portanto, sujeitos e organizações, frutos dessa permanente relação entre o pensar e o agir, entre o homem e o mundo e entre os próprios homens.

Resgatando o saber humano como foi pensado por Aristóteles, Campos (2010) afirma que o trabalho em saúde é o exercício de uma *práxis*, já que se dá por meio de relações entre sujeitos, e por isso não pode desvincular-se da análise da singularidade de seu contexto. Ao contrário do saber técnico, em que o conhecimento prévio, estruturado, dispensa reflexão ou deliberação durante a realização de dada atividade, na *práxis* o sujeito não pode se isentar da reflexão, do questionamento e da prudência para escolher os melhores meios para se alcançar determinado fim: ele deve considerar o conhecimento acumulado, mas equacioná-lo na situação singular, considerando os sujeitos envolvidos, os diferentes valores e conjunturas. Toda *práxis* é uma atividade de transformação de dadas circunstâncias, as quais nos determinam simultaneamente a formar novas idéias, desejos, vontades, teorias, que por sua vez nos auxiliam a formar novas circunstâncias.

Portanto, uma formação de pessoas para a transformação da racionalidade hegemônica deve trabalhar concomitantemente os sujeitos e as instituições, um movimento interferindo e modificando o outro, todo o tempo. Além disso, considerando que a reconstrução das pessoas e do trabalho dá-se por meio da elaboração reflexiva das experiências de interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si, a formação deve incluir tanto o pensamento como a ação. A partir de deslocamentos sucessivos entre o pensar e o agir é possível refletir sobre o modo como um dado processo se desenvolve, ou seja, pela prática analisar o saber, e pelo conhecimento analisar a *práxis*.

2.3.1 Raízes dialéticas

A partir do que expusemos acima, é possível notar que a concepção Paidéia de formação filia-se à tradição das escolas filosóficas dialéticas, que afirmam a existência de

interpenetrabilidade entre abstrato e concreto, objetivo e subjetivo, individual e coletivo. Para elucidar a base teórico-filosófica que sustenta o Método Paidéia e o caráter de intervenção que assume a proposta de formação aqui defendida, faremos breves notas sobre algumas idéias que convergem para o tema da *práxis* e da inseparabilidade entre pensamento e ação.

No campo da filosofia, sociologia e política

De Gramsci (1978) e sua filosofia da *práxis* inspirada no marxismo, ressaltamos a relação de permanente interação entre a “vontade humana” e a “objetividade do mundo exterior”, daí decorrente a valorização da idéia de “devenir”: Para ele, “(...) *o homem ‘devém’, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais*” (p.43). A co-produção, conceitos-chave do Método Paidéia, tem suas raízes nessa visão de mundo. As construções humanas serão sempre fruto da confluência de vetores internos e externos, de forças advindas dos sujeitos em conformação com as forças advindas da realidade externa, social.

De Lefebvre (1995), tomamos a noção de que o ser humano é ao mesmo tempo um estado e um vir-a-ser. Por um lado, é um estado, uma identidade, um aglutinado de características que nos permite dizer que o ser humano “é”. E, por outro lado, o ser humano é devir, mudança, processo, está em constante esforço para constituir-se, para transformar-se. Portanto, o pensamento é sempre movimento e, por isso, sempre incompleto. Não há pensamento que englobe toda a verdade, mas sempre porta alguma verdade. A contradição é inerente ao ser humano e, dessa forma, é preciso reconhecer e lidar com as polaridades: o ser e o mundo, realidade social e realidade subjetiva, essência e aparência, são instâncias

sob mútua influência, e é preciso tentar ligá-las, e não optar por apenas uma delas. Somos ao mesmo tempo bons e maus, amáveis e invejosos, sábios e ignorantes. Também essa noção tem forte influência na concepção Paidéia, na medida em que reconhece o caráter contraditório e inacabado do sujeito, tenta lidar com suas múltiplas determinações e procura não negar o conflito, mas colocá-lo em análise para a construção de pactos e contratos.

De Sartre (1963), filósofo do existencialismo, ressaltamos a articulação entre as estruturas de determinação dos sujeitos e sua própria capacidade de intervenção sobre esses determinantes. Entretanto, ao contrário da concepção sartreana de que a liberdade de agir e de fazer escolhas é principalmente dependente de determinações internas ao sujeito, o Método Paidéia enfatiza a necessidade de considerar a existência de determinações externas do contexto, portanto, a liberdade de agir seria sempre parcial e relativa aos constrangimentos da realidade externa. Como já dissemos, a autonomia, no Método Paidéia, é concebida como a capacidade do sujeito para compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto, lidando com sua rede de dependências. Define-se, portanto, de forma relativa à contra-face da regulação social, e por isso dá-se sempre em graus ou coeficientes (Onocko Campos & Campos, 2006).

Na psicanálise e no campo “psi”

Resgatamos quatro autores que, inscritos na tradição dialética, inspiraram vários dos conceitos e categorias operativas com os quais trabalhamos no Apoio Paidéia: Freud, Winnicott, Pichón-Rivière e Vygotsky.

No campo da psicanálise, a perspectiva dialética de Freud (1975 [1932]) evidencia-se em toda a sua rede conceitual, da qual destacamos:

- a relação dinâmica entre consciente e inconsciente, os quais coexistem numa relação de diferença e são mutuamente dependentes, cada um definindo, negando e preservando o outro. A noção de que o sujeito não corresponde à dimensão consciente, falante, comportamental, não implica que o inconsciente detenha posição privilegiada: é a própria dialética consciente-inconsciente que cria e sustenta o sujeito (Ogden, 1996). No Apoio Paidéia, trabalhamos com essas duas dimensões: o inconsciente, configurando desejos, afetos e formação de compromissos, e o consciente, os interesses que movem os sujeitos e sua capacidade de construir contratos com o outro;

- o conflito irremediável entre princípio do prazer e princípio da realidade, que marca a constituição social do ser humano. Diz Freud (1975 [1931]) que sujeito e civilização se constroem no inter-jogo da renúncia do sujeito à satisfação imediata de seu desejo, atendendo às restrições impostas pelo social. É o princípio da realidade em seu confronto com o princípio do prazer, que estruturará o desenvolvimento do ser humano em sua relação com o mundo, e que o obrigará a considerar uma série de elementos antagônicos: ele e os outros, a vida individual e a vida coletiva, o prazer e o trabalho, a escassez e a saciedade, a espontaneidade e as regras sociais (o que nos remete novamente ao conceito de co-produção);

- a noção de escuta e de relação transferencial, fundamentos da técnica psicanalítica, também presentes no Método Paidéia: a escuta como possibilidade de acesso às diferentes formas de subjetividade e o entendimento de que na relação se produzem e reproduzem continuamente os efeitos da história dos sujeitos, o que abre espaço para a emergência da singularidade (Macedo & Falcão, 2005).

Ainda no campo psicanalítico, apontamos a afinidade com o pensamento de Winnicott (1975), para quem a constituição do sujeito ocorre no espaço de relação entre mãe e bebê. É a partir dessa relação, que o bebê transitará da fase de “dependência absoluta” para a “dependência relativa”, na qual a transicionalidade permite que o bebê oscile entre estados de integração e não integração, formando conceitos de eu e não-eu, mundo externo e interno, podendo assim seguir em seu amadurecimento. Como já discutimos, Winnicott entende essa zona intermediária – transição entre realidade interna e a vida compartilhada – como uma zona de experiência. Um lugar onde se pode experimentar fazer e, mesmo sem se saber ou entender tudo, é possível ir fazendo, errando e aprendendo, buscando saber e entender mais. E é isso que particularmente nos interessa: um grupo de pessoas que, num processo de formação em que repensam sua prática, podem compartilhar a experiência de fazer de outras maneiras. E como se verá mais à frente, o Apoio Paidéia pretende atuar de modo similar à noção de transicionalidade, se colocando no “entre”, fazendo a mediação entre o interno do grupo, com seus movimentos singulares, e as exigências do mundo externo, as contingências sociais e institucionais.

Ainda gostaríamos de apontar mais dois autores no campo “psi”, cujas teorias se fundam na concepção de sujeito intersubjetivo. Da psicologia social de Pichon-Rivière (1985), destacamos o conceito de vínculo, como instância que abriga o pensar, o sentir e o fazer com o outro, base para a construção da subjetividade, e que aparece fortemente no modelo de atenção e gestão defendido no Método Paidéia. Além disso, outra influência é a ênfase dada por Pichon na ação, ao propor a técnica denominada de Grupos Operativos para apoiar seu trabalho com grupos terapêuticos e educativos. Os processos de mudança dos sujeitos, para Pichon, devem centralizar-se numa tarefa, entendida como ações por

meio das quais um grupo conseguiria descobrir e superar posturas estereotipadas que impedem seu desenvolvimento, e então adquirir mobilidade para tomar decisões e lidar com as ansiedades inerentes à mudança. Integração, para a mudança, entre o sentir, o pensar e o agir.

Outra corrente que interessa-nos assinalar pela sua ênfase na ação é o construtivismo sócio-histórico de Vygotsky (1988), que originou desenvolvimentos no campo da psico-pedagogia. Para este autor, o pensamento, a capacidade de conhecer o mundo e de nele atuar é uma construção social que emerge da atividade humana. A partir da atividade externa, interpessoal, social, o sujeito realiza um processo de internalização, de reconstrução interna de significados, transformando assim os conteúdos externos em conteúdos de consciência. Ou seja, o desenvolvimento intelectual se dá de fora para dentro e depende da mediação social, e a aprendizagem, enquanto instância de mediação entre o sujeito e o mundo, impulsiona o processo de desenvolvimento mental. Para explicar as possibilidades de a aprendizagem influenciar o desenvolvimento, Vygostky formulou o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), definida como a distância entre o nível de desenvolvimento real (determinado pela capacidade de pensar e realizar ações de forma independente), e o nível de desenvolvimento potencial (capacidade de realizar ações com ajuda de outras pessoas). Dessa forma, o trabalho de ensino-aprendizagem deve voltar-se especialmente para a zona em que se encontram as capacidades e habilidades potenciais dos alunos, estimulando processos e funções ainda não desenvolvidos na Zona de Desenvolvimento Proximal (Cavalcanti, 2005; Jófili, 2002).

Para Vygotsky, além de criar um ambiente protegido que favoreça a reflexão e facilite a construção do conhecimento pelo aluno, o professor deve participar ativamente e

ajudar os alunos a superar os impasses nas discussões, dando contra-exemplos que estimulem o pensamento e trazendo outros conceitos, situações e contextos que não estejam sendo considerados pelo grupo. Ele deve propiciar que os alunos avaliem seus conhecimentos prévios e os coloquem em relação ao conhecimento cientificamente aceito e ao contexto de aplicação, de modo a perceberem as incongruências e vazios no seu entendimento, e assim reestruturarem suas idéias (Jófil, 2002).

A perspectiva de Vygotsky tem implicações didático-pedagógicas importantes no que se refere ao papel do professor ou, no caso da proposta de formação aqui defendida, do apoiador. A noção de *oferta* utilizada pelo Método Paidéia apóia-se em Vygotsky, isto é, a idéia de que o apoiador deve contribuir para a discussão com temas, análises e sugestões, sempre estimulando o grupo a tomá-los como oferta, ou seja, algo passível de crítica e de alteração. Sendo assim, nos deteremos brevemente aqui para caracterizarmos essa função que adquire nuances peculiares na concepção Paidéia.

2.3.2 A função apoiador: suporte e impulso

O Método Paidéia compartilha da concepção vygotskyana de que o professor é mais que um *facilitador*, ele deve apoiar ativamente o grupo em processo de formação. Ao professor (ou ao adulto, ou a alguém mais experiente) cabe não somente deixar as crianças brincarem, mas, fundamentalmente ajudá-las a brincar, brincar com as crianças e até mesmo ensiná-las a brincar. Transportando isso ao contexto de formação do qual aqui tratamos, isso significa que o apoiador deve conhecer e saber identificar as habilidades, o saber e o jeito de fazer do grupo e as características singulares de seus membros para, a

partir delas, oferecer novos recursos que permitam desenvolver suas potencialidades, atentando para os pontos mais frágeis que necessitarão de maior apoio.

O termo *apoiador* pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para o movimento. Onocko Campos (2003b) salienta o duplo papel do apoiador: oferecer suporte à constituição do grupo e do espaço coletivo, valorizando os recursos e a potência dos sujeitos, ao mesmo tempo em que deve empurrar o grupo para atingir seus objetivos, trazendo as demandas externas e ofertando outros recursos.

Retomando novamente Winnicott (1975), podemos dizer que quando um grupo de profissionais está envolvido conjuntamente na análise crítica de sua prática cotidiana e se propõe a fazer isso com vistas a transformá-la e a transformar-se nesse processo, eles estão a compartilhar um projeto comum. Estão desafiando mudar algo que está instituído, e para isso precisarão de certo grau de ilusão, algo que permita um “querer-fazer”, e nesse processo estarão – diria Winnicott – numa região intermediária e de experiência conjunta, fazendo e aprendendo nesse percurso. Aqui, a função do apoiador é fundamental em sua dupla via: oferecer suporte e empurrar o grupo.

Ao pensar sobre o apoiador, Onocko Campos (2003b) se remete às reflexões de Winnicott sobre o analista, aproximando algumas de suas funções às exercidas pela mãe junto a seu bebê. Uma delas é o que Winnicott chama de *holding*, suporte, maternagem: suportar os outros no seu processo de constituição como grupo subjetivo, quando o que está em jogo são processos de identificação, angústia de dissolução, etc. Então é necessário desenvolver certa continência às angústias do grupo frente à experimentação do novo e a vivência do processo de mudança. A outra função é o manejo, *handing*: é preciso saber o

que fazer, ter alguma coisa para ofertar, caminhos para mostrar. Seria como ajudar as crianças a brincarem de outra forma oferecendo um modelo, outros brinquedos, inventando outras falas, outros personagens.

Assim, a dupla tarefa do apoiador deve ser a de facilitar a interação do grupo e apoiar suas análises, permitindo que as pessoas possam se expressar e refletir sobre os temas em questão, sobre o que o tema desperta no grupo, sobre como lidam com o problema no cotidiano. Mas, ao mesmo tempo, introduzir novos conceitos, categorias e recursos que subsidiem o grupo na formulação de ações para intervir junto ao problema analisado, assim como produzir mudanças práticas no projeto que estão compartilhando, que de alguma forma deve conduzir às finalidades da instituição na qual o grupo está inserido, seu objeto de trabalho, os objetivos e resultados esperados.

É preciso assinalar que o papel de um apoiador, dentro do referencial Paidéia, é um papel que perpassa as dimensões analíticas, técnicas e políticas. Um apoiador trabalha para ajudar o grupo a analisar seus nós críticos, seus dilemas e impasses, com um compromisso de passar da análise e da crítica para a intervenção nessas questões e transformação da realidade. Sem se conformar num campo terapêutico, em alguma medida espera-se que o processo de apoio e formação seja também produtor de outras formas de subjetivação. Junto disso, o apoiador atua no campo técnico e político, e traz consigo seus posicionamentos a respeito do ideal de conformação de um sistema de saúde, dos modelos assistenciais, dos modelos de gestão, do que seria desejável como formas de relação nas instituições, etc.

E isso, ou já está explícito desde antes do contato entre o apoiador e o grupo, pela própria história político-institucional do apoiador, ou será logo revelado nas intervenções

durante o processo. Então, ao mesmo tempo em que é alguém externo ao grupo, o apoiador está implicado com certo projeto (em nosso caso, com a consolidação dos princípios do SUS, com certo modelo de atenção, etc) e implica-se com a produção do grupo, devendo assim considerar as diretrizes institucionais e clínicas, os resultados da atividade prática e dos processos de trabalho. Ele se autoriza a trazer olhares distintos que provoquem contraste, que permitam abalar as verdades instituídas dos sujeitos e contribuir para produzir mudanças nos modos de pensar e agir. Porém, ao invés de impor essas questões autoritariamente, coloca-as em debate para que o grupo possa exercer sua capacidade de co-gestão. O próprio exercitar a construção de autonomia, de capacidade de co-gestão, de relações pessoais e institucionais mais democráticas.

O apoiador, portanto, exerce uma função de mediação, facilitando a abertura de linhas de comunicação, mas com certo grau de controle, pois introduz questões que o grupo deveria considerar e lidar, como racionalidades e demandas externas ao grupo, mas essenciais em seu contexto. Neste sentido, destaca-se como uma característica fundamental do Apoio Paidéia a combinação da *demanda* do próprio grupo com as *ofertas* trazidas pelo apoiador, tanto na eleição dos temas a serem analisados, como nos próprios elementos a considerar na análise e a na definição das propostas de transformação das práticas.

O Apoio Paidéia se afilia e se assemelha, em muitos aspectos, ao método desenvolvido pelo movimento da Análise Institucional²³ e compartilha diversos de seus conceitos, tais como o de instituição enquanto rede simbólica que configura práticas sociais, de implicação enquanto negação da neutralidade do analista (ou do apoiador), além

²³ Movimento amplo e com importantes diferenças entre suas vertentes, iniciado da década de 1940 na França e intensificado nas décadas de 1960 e 70, cujos principais membros foram Lapassade, Lourau, Oury, Guattari, Tosquelles, entre outros. Em linhas gerais, pensa as instituições em seu aspecto funcional e simbólico, e articula um instrumental de análise e intervenção com o objetivo de potencializar grupos para processos de mudança.

da ênfase nos processos micro-políticos e do pressuposto de colocar em análise, concomitantemente, sujeito e instituição, teoria e prática. No entanto, podemos apontar algumas diferentes nuances, sem pretender ir a fundo nessa discussão.

Uma primeira questão que nos parece interessante ressaltar é que na tradição da Análise Institucional, a intervenção – em princípio – visa deflagrar processos de *auto-análise* e *auto-gestão* (Baremlitt, 1996), ou seja, construir relações horizontalizadas, de modo que os conhecimentos e decisões sejam compartilhados e o coletivo possa se organizar para gerenciar sua existência. O Apoio Paidéia, por sua vez, procura desenvolver maior capacidade de análise e intervenção dos sujeitos para construírem relações mais democráticas, porém considerando que inevitavelmente haverá diferenças de poder, de interesses e de distintos fatores externos com os quais o grupo deverá lidar. Portanto, uma intervenção Paidéia pretende que os sujeitos possam negociar, construir contratos, fazer *co-gestão*, tendo em vista as finalidades da instituição. Aqui é preciso destacar que, embora a *auto-análise* e a *auto-gestão* estejam fortemente presentes na origem da Análise Institucional, diversos autores contemporâneos (Moura *et al*, 2003; L'Abbate, 2003; Rodrigues *et al*, 2000; Monceau, 1996) vêm fazendo releituras dessas noções, pensando-as mais como algo do plano de um ideal a ser buscado do que do efetivamente exequível, e considerando que fazer gestão é também lidar com a incidência do externo e com as diferenças presentes nos grupos e nas instituições.

Outro aspecto que poderia distinguir as duas abordagens diz respeito ao uso das categorias *demanda* e *oferta*. Um processo de Análise Institucional se dá, fundamentalmente, por meio do desvelamento do que nos grupos estaria inscrito de modo inconsciente, latente, ou sob a forma de resistência ou desejo. Para isso, parte-se da análise

da *demanda*, ou seja, da busca do significado do pedido de intervenção que o grupo faz ao analista²⁴. Esse material, composto tanto por conteúdos manifestos, como inconscientes e não-ditos, se constitui como importante via de acesso para a compreensão da dinâmica institucional. Além disso, a análise da demanda se articula com a análise da produção dessa demanda (ou *análise da oferta*), pois se considera que não existiria demanda se não existisse uma oferta prévia, ou seja, o próprio campo da Análise Institucional é gerador e modulador da demanda que lhe é formulada, portanto deve-se colocar como objeto de análise (Baremlitt, 1992). Entretanto, trata-se da *análise da oferta*, que implica também numa análise da implicação do analista, e não propriamente de um oferecimento *deliberado* de diretrizes, de conceitos, de modelos ou modos de fazer.

O Apoio Paidéia também valoriza e trabalha com a demanda do grupo, considerando seus movimentos inconscientes (sem focar neles) e enfatizando a forma com que as pessoas entendem as questões colocadas, como se posicionam, o que pretendem construir no contexto grupal. Mas ressalta a noção de *oferta* como possibilidade de apoiar o grupo a confrontar-se com o externo, com o diferente e, a partir disso, exercitar sua capacidade de negociação e *co-gestão*. Assim, o Apoio Paidéia trabalha tanto a partir de temas diretamente relacionados aos desejos e interesses construídos pelo grupo, como com temas decorrentes do contexto social trazidos como ofertas pelo apoiador, que podem ser informações, protocolos, diretrizes, relatos de caso, perspectivas distintas do grupo, categorias de conhecimento e, especialmente, a própria rede operativa de conceitos que

²⁴ Há aqui uma distinção entre os conceitos de *encomenda* e *demanda*. A encomenda (também chamada de demanda latente, pedido, encargo) remete aos “*sentidos não explícitos, não manifestos, dissimulados, ignorados ou reprimidos, e que comporta uma demanda de bens ou serviços*”, ou seja, trata-se de um termo que alude a uma “*exigência de soluções imaginárias ou de ações destinadas a restaurar a ordem constituída quando a mesma está ameaçada*” (Baremlitt, 1996: p. 169). A encomenda deve ser decifrada a partir da demanda, isto é, do que é explicitado ao analista.

configura o Método Paidéia e o modelo de atenção e gestão em saúde nele proposto. A valorização da oferta tem o intuito de produzir situações que obriguem o grupo a se pronunciar sobre metas e objetivos da instituição, assim como representações oriundas de outras instâncias, de modo a permitir a abertura de “janelas” por onde o grupo possa recompor desejos, interesses e projetos.

Vale observar que, assim como na Análise Institucional, o apoiador também deve constantemente analisar sua própria implicação no que se refere, sobretudo, ao que oferta ao grupo apoiado. Uma oferta pode, em dadas circunstâncias, ser profundamente danosa. O apoiador também possui interesses de classe, políticos, ideológicos, narcísicos, e no limite, pode-se ofertar de tudo, até mesmo favorecendo interesses perversos do apoiador. O analista institucional também está sujeito a isso e pode-se dizer, inclusive, que ele faça ofertas sem explicitá-las, mas a apresentação *deliberada* de ofertas por parte do apoiador coloca a questão em evidência. Essa reflexão remete à importância do caráter relacional, já que o apoiador (ou o analista) está submetido a interdições e constrangimentos construídos na sua relação com o grupo apoiado, no seu envolvimento com a formação, com as diretrizes do SUS, etc.

Com esses apontamentos, tentamos mapear alguns referenciais conceituais que fundamentam o Apoio Paidéia e a proposta de uma formação com caráter de intervenção. Para operacionalizá-la, propõe-se partir tanto de problemas concretos em busca de recursos teóricos para ação, quanto de marcos conceituais, diretrizes e modelos teóricos para "descobrir" problemas ainda não identificados na prática. Apresentaremos, a seguir, algumas considerações operativas para orientar sua realização.

2.4 O Apoio Paidéia: notas metodológicas para o trajeto

2.4.1 Espaços coletivos: a conformação de um lugar protegido para a reflexão e a prática

Um grupo de Apoio Paidéia pode ser desenvolvido em espaços cotidianos já existentes nos serviços, como reuniões de equipe ou colegiados de gestão, ou pode ocorrer em espaços especificamente criados para desenvolver processos de formação junto aos profissionais. De todo modo, deve ocorrer num espaço coletivo, ou seja, um *lugar* e um *tempo* construídos ativamente para possibilitar encontros periódicos entre os profissionais, de modo que consigam refletir e intervir sobre a própria prática, durante determinado período de convivência. Como já apontamos, poderíamos nos referir a esse espaço coletivo (uma equipe, um coletivo de trabalho, um curso de formação) como um *espaço potencial* ou *transicional* no sentido dado por Winnicott (1975) para designar um terreno de jogo, que *faz* nossa realidade. Um lugar e um tempo, ao mesmo tempo psíquico e real, que proporciona condições favoráveis para que uma atividade possa produzir-se e onde, por isso, a experiência compartilhada também produz aqueles que a compartilham.

Nesse espaço coletivo, o apoiador deve contribuir para a construção de uma grupalidade que permita às pessoas se identificarem, de modos diferenciados, como pertencentes àquele grupo e a se identificarem, em graus distintos, com seus pares em torno de um objetivo ou um projeto que é ali compartilhado. Isso só é possível através da permanência do grupo no tempo e da conformação de um *setting* grupal. Esse *setting* é construído por meio de um conjunto de elementos que organizam e possibilitam as condições básicas para o processo grupal. Assim, faz parte das tarefas do apoiador: - tentar

garantir a regularidade dos encontros; - a construção e explicitação de um contrato grupal; - o manejo de situações que interfiram no funcionamento do grupo (como a entrada de um novo membro); - a circulação da palavra; - o manejo dos conflitos; - a escuta-ativa das demandas grupais; - o compromisso com a autenticidade e com o sigilo sobre os conteúdos manifestados no grupo. Tudo isso vai criando uma condição de espaço protegido, onde o grupo pode depositar confiança e saber sobre o que pode esperar.

A grupalidade vai se criando no próprio processo operativo do grupo. No Apoio Paidéia, a dinâmica dos encontros parte da emergência de temas de interesse do grupo e que sejam relevantes ao contexto. A partir disso é construída uma agenda de trabalho com os temas demandados e possivelmente outros ofertados pelo apoiador. Esses temas funcionam como núcleos de análise, isto é, uma provocação analítica para que as equipes signifiquem elementos da realidade (sínteses) e desencadeiem ações práticas (operacionais) de intervenção. Eles podem emergir da própria dinâmica social e institucional ou serem gerados pela equipe através de acontecimentos que se destacam na prática, ou ainda podem ser provocados por agentes externos (apoiador, outras equipes, usuários, movimentos sociais, normas, programas, planos de outras instâncias).

O essencial é que em cada encontro se produza análise de um determinado tema e se defina tarefas que o grupo deverá desenvolver, exercitando sua capacidade de intervenção. Não se trata de mero tafetismo, mas é algo como o “fazer-fazendo”, o terreno de jogo e da experiência do qual falava Winnicott. E a tarefa pode ser desde a busca de novos dados ou maiores informações para contribuir na análise da situação, até um projeto de intervenção mais estruturado, que envolva vários atores e a modificação de dada situação. Então, no

encontro seguinte, o grupo faz novo movimento: avalia o resultado das ações, volta a analisar a situação frente às novas informações e redesenha o plano das ações.

2.4.2 Discussão de casos: uma releitura de Balint

Propõe-se que os profissionais combinem os temas ou núcleos de análise com a apresentação de casos com os quais estão envolvidos, para que sejam discutidos pelo grupo. Com a discussão de casos pretende-se estimular que os sujeitos falem sobre sua prática concreta, o que possibilita que se ponha em análise o real e palpável, isto é, aquilo que é co-produzido na instituição e o que se passa na trama da relação entre profissional, equipe e usuário. Entretanto, procura-se trabalhar com o sentido que o “caso” adquire na psicanálise, que é diferente do sentido atribuído pela medicina. Conforme aponta Nasio (2001), o caso em medicina remete ao sujeito anônimo que é representativo de uma doença: diz-se, por exemplo, "um caso de tuberculose". Para a psicanálise, ao contrário, o caso exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que ele nos dirige, ou seja, trata-se de “o caso”, “o meu caso”, “o nosso caso”, implicando também a escuta dos diferentes profissionais que se relacionam com o sujeito do caso e a relação intersubjetiva construída na situação clínica.

Nasio (2001) observa que a expressão “caso” designa o interesse muito particular que um analista dedica a um de seus pacientes. Desse modo, o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto ou um acontecimento puro, mas trata-se de uma reconstituição, uma história reformulada a partir da escuta e da subjetividade do profissional. Portanto, ao solicitar que os profissionais apresentem um caso para discussão em grupo, o Apoio Paidéia pretende focalizar a relação clínica, os afetos e conflitos que aí

se estabelecem. Além dos aspectos técnicos envolvidos na condução do caso, interessa a reflexão sobre os motivos da escolha de determinado caso em detrimento de outros, o modo como os profissionais lidam com os valores e sentimentos que comparecem na situação clínica, o modo como a equipe se organiza para resolver os impasses e dificuldades.

Essa estratégia de formação centrada na discussão de casos foi desenvolvida por Balint (1988) na década de 50, no contexto da experiência com grupos de supervisão de casos trazidos por clínicos gerais vinculados ao Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra. Nesses grupos, Balint propunha a análise do que se passava na relação entre médicos e pacientes e dos aspectos inconscientes que influenciavam a evolução da doença e do tratamento²⁵. No Apoio Paidéia, a estratégia de discussão de casos foi ampliada em três sentidos principais:

Primeiro, ampliou-se o entendimento sobre o que se configura como um “caso”. Balint preconizava o debate sobre casos clínicos e enfatizava a clínica individual (e nela, a relação dual, já que o trabalho médico na Inglaterra não se dava sistematicamente num contexto de equipe). No Apoio Paidéia inclui-se também casos de saúde coletiva e outros de ordem institucional, isto é, problemas comunitários ou intersetoriais de saúde, atendimentos clínicos grupais ou grupos de promoção à saúde e também situações de ordem gerencial e de organização da atenção. Além disso, os casos podem ser apresentados por um único profissional ou por uma equipe que trabalha em conjunto, embora o tema do trabalho em equipe seja central em todas as situações discutidas.

O segundo sentido de ampliação dos grupos-Balint refere-se ao que já foi apontado anteriormente sobre o papel ativo do apoiador ao trazer ofertas. Balint trabalhava

²⁵ A experiência dos “grupos-Balint”, como ficaram conhecidos, e sua articulação com a metodologia de Apoio Paidéia está descrita com detalhes no trabalho de Cunha (2009).

essencialmente com o que era trazido no relato dos casos, no que se referia às implicações psicológicas da relação clínica. No Apoio Paidéia, o apoiador oferta tanto outros núcleos de análise não abordados pelo grupo na discussão dos casos, como também temas teóricos sobre atenção em saúde, trabalho em equipe e organização do sistema de saúde, além de outras questões, como experiências, diretrizes, políticas, demandas de outras instâncias.

Uma terceira ampliação, também já mencionada, refere-se ao aspecto construtivista e a ênfase na prática concreta. Cada caso é apresentado ao grupo para ser discutido e analisado, buscando-se uma compreensão coletiva sobre a situação singular e também sobre os núcleos temáticos que emergem do caso e que podem ser generalizados em outras situações. Porém, na seqüência, deve ser elaborado pelo grupo um conjunto de ações e propostas de intervenção para orientar a resolução dos principais pontos levantados como dificuldades, impasses e conflitos. Essas propostas de ação devem ser organizadas na forma de Projeto Terapêutico (para os casos clínicos) ou de Projeto de Intervenção (para os casos institucionais ou de saúde coletiva). Com isto, o caso, mais que um exercício de reflexão, se transforma em um desafio que o profissional e sua equipe deverão levar à prática, avaliando, ao longo do processo de Apoio, os avanços e dificuldades.

Poderíamos exemplificar com uma situação, bastante comum na Atenção Básica, de uma pessoa com hipertensão e diabetes que tem dificuldades para seguir o tratamento. A discussão do grupo se centraria na singularidade desse caso específico, a dinâmica familiar, as intervenções já realizadas, os avanços e dificuldades da equipe, suas impressões e expectativas. Mas além da singularidade, emerge como tema geral de análise o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, o tipo de abordagem necessária nesse contexto, os recursos medicamentosos e as opções de tratamento complementares, a

organização do trabalho em equipe, a articulação da rede de serviços, o ponto de vista epidemiológico, entre outras possibilidades. O grupo deve, então, construir uma compreensão coletiva, que incorpore o contraditório, podendo agregar informações documentais (epidemiológicas, normativas, administrativas), referências teóricas, além das informações advindas da observação do contexto em análise e da escuta dos sujeitos envolvidos. Com isso, é possível construir uma espécie de diagnóstico da situação, objetivando apoiar a tomada de decisões. Define-se, então, um conjunto de metas com base no diagnóstico, nos objetivos e nas diretrizes gerais de atenção, listando um conjunto de tarefas e responsáveis, que configurará um Projeto Terapêutico.

Esse Projeto Terapêutico, pactuado com a equipe e com o próprio usuário, deverá ser operacionalizado e trazido posteriormente para nova discussão no grupo de Apoio. Inicia-se então a análise da execução das tarefas, seus limites e potências. A partir da avaliação do processo e de novas informações com ele obtidas, é possível produzir novas reflexões sobre o caso singular, redefinindo o diagnóstico, recolocando objetivos e expectativas, e considerando outras possíveis configurações de Projeto, e também analisar sob outras perspectivas o tema geral de análise.

Em todos esses momentos, o apoiador deverá trabalhar com o que emerge como demanda interna do grupo, mas ao mesmo tempo trazer ofertas de teorias, modelos e experiências que ajudem o grupo a avançar em seu processo de compreensão, interpretação e intervenção no contexto. É um processo construtivo de conhecimento e intervenção na realidade, já que grupo será estimulado a articular, de maneira simultânea, a busca por informações, a composição de diagnósticos e interpretações e a construção de intervenções, ou seja, em cada encontro o grupo deve fazer uma síntese de todas as etapas: buscar

informações, interpretar, tomar decisões e avaliar, predominando esta ou aquela etapa sobre as outras conforme a fase e os problemas enfrentados pelo grupo.

Assim como na técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière (1985), no Apoio Paidéia o saber (momento de análise) aproxima-se do fazer (compromissos com tarefas), possibilitando que ao agir os sujeitos busquem teorias, conceitos, modelos explicativos para analisar e modificar, com certo distanciamento, a si mesmos e suas formas de ação. O movimento de retomada da análise e do diagnóstico a partir da realização das intervenções permite criar uma diversidade de interpretações e assim modificar os sentidos já cristalizados pelos profissionais e afirmar as possibilidades de reconstrução social da realidade.

2.4.3 Apoio: estar em relação com...

A experiência compartilhada no grupo de Apoio Paidéia tem o intuito de desestabilizar as concepções consolidadas e produzir mudanças nas percepções e na forma de lidar com conflitos, o que só é passível de concretizar-se com o desenvolvimento da grupalidade num espaço protegido e continente à entrada em cena das vivências e dificuldades de cada um. Nesse processo, o grupo pode exercitar a capacidade de reflexão e análise, e experimentar as intervenções com o suporte oferecido pelo apoiador e pelo próprio grupo. Pode aprimorar o modo de lidar com a emergência de situações problemáticas na relação com os pares do próprio grupo, com a equipe de trabalho e com os usuários, experimentando sair dos movimentos de culpabilização e desresponsabilização, e dos pólos da impotência-onipotência frente à complexidade das situações cotidianas de trabalho na saúde. O desafio é criar possibilidades para desestabilizar certezas, mas em

seguida construir contratos; provocar a formulação de novos problemas e não apenas a solução para problemas já formulados.

A construção e sustentação do sentimento de pertencimento ao grupo e a co-responsabilização permite, sobretudo, o desenvolvimento da capacidade de escuta, de encontro com a alteridade, de abertura para outras sensibilidades e, conseqüentemente, da capacidade de negociar e estabelecer contratos e compromissos, com a finalidade de aumentar a eficácia das práticas e assim recolocar o espaço de trabalho como lugar de realização profissional.

O Apoio Paidéia propõe que a formação em saúde deve operar nessa dimensão da experiência (Oury, 1991), procurando abordar as relações com o outro (seja o usuário ou a equipe de trabalho) e as dificuldades concretas encontradas no cotidiano junto aos casos acompanhados e à dinâmica institucional (Balint, 1988). Desse modo, seria possível estimular que os profissionais apurem sua sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, os auxiliar na criação de um ambiente coletivo de trabalho e diálogo, e propiciar que desenvolvam a capacidade de analisarem-se permanentemente nessas relações.

Mas ao mesmo tempo, a proposta também inclui operar na dimensão técnica, no desenvolvimento do arcabouço técnico-científico dos profissionais para intervir em problemas de saúde, contemplando as ferramentas conceituais necessárias para abordar a complexidade do processo saúde-doença. Chamamos de ferramentas conceituais tanto os saberes necessários à clínica dos diversos profissionais de saúde, o conhecimento sobre as manifestações patológicas e os recursos terapêuticos correspondentes, como também os saberes e as técnicas oriundos do campo da gestão e do campo “psi”, que permitem

instrumentalizar os profissionais para o exercício de uma atenção ampliada em saúde, considerando a inseparabilidade entre clínica e gestão, e a dimensão psicossocial no processo saúde-doença. Essas ferramentas conceituais, como falou Oury (1991), têm a função de permitir que os profissionais possam “estar advertidos” para identificar naquilo que se apresenta no cotidiano o que é importante trabalhar.

Tentamos sintetizar, neste texto, uma proposta que lança à formação o desafio da co-produção de sujeitos e coletivos com capacidade de análise e intervenção na realidade, considerando que essa é uma das formas possíveis para a superação dos entraves à mudança nas instituições de saúde. Mudança esta que somente pode ser processada simultaneamente à constituição de novos processos de subjetivação, que se inscrevam numa lógica de coletividade, de alteridade, afirmando o outro como sujeito.

Nessa linha, seria essencial o apoio aos profissionais para o desenvolvimento de uma postura analítica sobre si mesmos, sobre o outro e seu contexto, uma postura crítica e ético-política, para que possam experimentar novas práticas, capazes de responder à complexidade que envolve o processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de uma formação que seja capaz de produzir simultaneamente efeitos *pedagógicos*, *terapêuticos* e *institucionais*: *pedagógicos* – no sentido do aprimoramento do repertório de conhecimentos, dos modos de fazer e pensar dos profissionais, ampliando sua capacidade técnica para intervir; *terapêuticos* – no sentido da mudança de sujeitos, seus valores e suas visões de mundo; e *institucionais* – no sentido da mudança nas relações e no contexto de trabalho. Uma formação que afirme seu papel na co-produção de novas formas de subjetivação e na re-criação do trabalho em saúde.

3. Caracterizando o campo: o Apoio Paidéia num curso de formação em clínica e gestão na Atenção Básica

Apresentaremos, agora, a trajetória do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, cenário onde construímos o objeto dessa pesquisa. Descreveremos seu desenho metodológico e os dispositivos criados para sustentar os movimentos de intervenção institucional pretendidos. No próximo capítulo caracterizaremos, com mais detalhes, uma das turmas do curso que foi apoiada pela pesquisadora e que se constituiu como a unidade de análise da pesquisa.

3.1 Contextualização e descrição do desenho geral do curso

O curso derivou de uma demanda da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas por dar continuidade à formação dos profissionais da Atenção Básica, por meio dos cursos de especialização que já vinham sendo realizados em parceria com a FCM/Unicamp (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Especialização em Saúde da Família). Convergingo com essa demanda, havia um interesse do “Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia”, do qual fazemos parte, por seguir com as experiências de formação-intervenção realizadas em diversos contextos, de forma a aprofundar os aprendizados advindos do trabalho com a metodologia de Apoio Paidéia e potencializar seus efeitos na co-produção da clínica ampliada e da gestão compartilhada, particularmente no SUS-Campinas.

Há tempos, a Secretaria de Saúde vinha tentando enfrentar o problema da rotatividade de médicos na rede de Atenção Básica, principalmente nas áreas mais periféricas da cidade, criando instrumentos para remunerar de forma diferenciada quem

estivesse atuando em áreas de menor índice de condições de vida. Periodicamente eram realizados concursos públicos para preencher as vagas de médicos e completar as equipes de saúde da família, porém o problema ainda permanecia, quer fosse pela remuneração inferior em relação a outros municípios, pela complexidade de sua rede básica e de seu contexto como grande cidade ou por outros motivos que não caberia aqui detalhar. Em 2007, foi aberto novo concurso para profissionais médicos, em cujo edital foi incluída a oferta de um curso de especialização em Saúde da Família para os aprovados, como forma de estimular a fixação desta categoria profissional nos serviços.

Para viabilizá-la, a Secretaria de Saúde solicitou a parceria da FCM/Unicamp para a construção de um novo curso, unindo os conteúdos abordados pelo curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – que enfocava temas relacionados à gestão do processo de trabalho e à ampliação da clínica –, e pelo curso de Saúde da Família, que enfocava temas ligados à parte técnica da clínica dos principais agravos e doenças na Atenção Básica. A demanda por um curso que enfocasse os dois tipos de conteúdos foi apontada pelos profissionais e gestores locais, regionais e do nível central, em discussões de planejamento das Unidades Básicas e Distritos de Saúde, nas quais avaliaram a necessidade de aprimorar a formação profissional no que diz respeito tanto aos aspectos teóricos e técnicos da clínica, como de manejo para a ampliação das ações na Atenção Básica, para o trabalho em equipe e em rede. Esse pedido, inclusive, vinha ao encontro da avaliação de alguns profissionais da FCM/Unicamp de que era preciso aproximar os dois grupos responsáveis por esses cursos, o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) e o Programa de Saúde da Família, respectivamente.

Para propiciar que o novo curso fosse co-gerido pelas diferentes instâncias envolvidas, foram criadas uma Comissão Gestora e uma Comissão Operacional, ambas compostas por profissionais do DMPS, do Programa de Saúde da Família e da Secretaria de Saúde. Na construção do formato do curso, definiu-se que sua metodologia e conteúdos teóricos incorporariam o que vinha sendo aplicado nos Cursos de Gestão e de Saúde da Família, acrescentando a experiência dos processos de formação desenvolvidos pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) no âmbito da SMS-Campinas.

Embora o curso tenha sido programado para os médicos que ingressariam no processo seletivo, nem todas as vagas do concurso foram preenchidas e nem todos os que ingressaram aceitaram a oferta. Diante deste cenário, o curso foi aberto aos profissionais efetivos e que estavam atuando como médicos generalistas, clínicos, pediatras e enfermeiros, com dedicação de 36 horas semanais na Atenção Básica. A seleção dos profissionais foi feita pelo CETS, em articulação com os coordenadores das Unidades Básicas e apoiadores distritais, e tinha como critério a composição de duplas entre médicos e enfermeiros de uma mesma equipe ou serviço, com capacidade de multiplicar os saberes e práticas que viriam a ser desenvolvidos, além do interesse e da disponibilidade de tempo dos profissionais para dedicarem-se ao estudo e às tarefas exigidas pelo curso. A seleção resultou num total de 84 profissionais, sendo 52 médicos e 32 enfermeiros, dos cinco Distritos de Saúde da cidade. O curso iniciou em Maio de 2008 e se estendeu até Novembro de 2009.

Teve como objetivos:

- Capacitar médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família de acordo com os conceitos da clínica ampliada e da gestão compartilhada, reformulando o modo tradicional de se fazer clínica e gestão;

- Apoiar a elaboração e implementação de reformulações na organização da atenção à saúde;

- Capacitar os alunos/profissionais nos conhecimentos e habilidades clínicas necessários para lidar com pacientes com os agravos (doenças, vulnerabilidades e riscos) mais prevalentes na Atenção Básica;

- Apoiar os alunos/profissionais para exercerem a “função apoio” em suas equipes locais de trabalho.

Tanto a programação do curso, como sua metodologia, tinham como referência o Método Paidéia e a rede de conceitos que fundamentam a clínica e a gestão ampliadas e compartilhadas (Campos, 2000a; 2003). O desenho do curso se baseou em três elementos principais: o trabalho em pequenos grupos; a discussão de casos reais combinada às ofertas teóricas; e a dupla função do apoiador de trabalhar com demandas e ofertas.

Ao privilegiar a constituição de turmas pequenas de alunos, procurou-se sintonizar a formação à realidade, às demandas e aos objetos de interesse de cada grupo. Ao mesmo tempo, pretendia-se constituir um processo de formação que articulasse a construção de conhecimento e a experimentação de novas práticas. Dessa forma, foram configurados espaços coletivos de trabalho para permitir que os alunos/profissionais pudessem falar de sua prática e expor suas dificuldades, possibilitando a troca de experiências e o aprendizado a partir da multiplicidade de contextos, pontos de vista e modos de fazer, e favorecendo a construção coletiva de intervenções.

Assim, foram formadas quatro turmas de cerca de 20 alunos/profissionais (turmas A, B, C e D), de modo a dar ênfase ao exercício da análise, da discussão de casos e da produção de intervenções, combinadas às ofertas teóricas de temas relativos tanto à clínica médica e da enfermagem, como à saúde coletiva e à gestão. Para a distribuição dos alunos nas turmas, priorizou-se a junção das duplas de profissionais do mesmo serviço na mesma turma, mesmo que em alguns casos isso não tenha sido possível, devido às dificuldades de algumas Unidades para liberar dois profissionais no mesmo horário. Os encontros das turmas A e B aconteciam semanalmente às terças-feiras no período da tarde, enquanto os das turmas C e D eram às quintas-feiras no período da manhã.

No desenho geral do curso, a carga horária de 480 horas foi distribuída entre: 60 encontros semanais de quatro horas; 60 horas de atividades de dispersão; 60 horas de educação à distância e 120 horas de atividades nos cenários de prática. Os encontros semanais e as atividades nos cenários de prática ocorreram no horário de trabalho, ao contrário das atividades de dispersão e de educação à distância, que eram a contrapartida dos alunos/profissionais.

Cada turma era acompanhada por uma dupla de apoiadores/professores horizontais²⁶, que coordenavam os encontros semanais e eram responsáveis por apoiar o desenvolvimento das atividades dos alunos/profissionais nos momentos de dispersão e de educação à distância. As quatro duplas foram compostas considerando-se a combinação de perfis e formações entre os âmbitos da clínica, da gestão e do campo psicossocial²⁷, de

²⁶ Utilizamos os termos “apoiadores” e/ou “professores horizontais” para nos referir aos responsáveis por cada turma. O termo “professor horizontal” demarca o acompanhamento longitudinal do processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de um professor, já que o contexto é de um curso de especialização, mas ele possui uma nova função – a de apoiador.

²⁷ Turma A: um médico de saúde da família e uma socióloga; Turma B: um médico pediatra e uma psicóloga; Turma C: um médico sanitário e um psiquiatra; e Turma D: um médico sanitário e uma terapeuta ocupacional.

modo a propiciar a interdisciplinaridade e a complementaridade nas discussões de caso e no processo de ensino-aprendizagem de cada turma. Os apoiadores/professores horizontais estavam presentes em todos os encontros semanais, tanto coordenando as discussões de caso, como fazendo as conexões necessárias entre os conteúdos teóricos trabalhados, o processo do grupo em sua discussão e análise da prática e as intervenções em desenvolvimento. Eles eram os responsáveis por acompanhar as atividades de dispersão e educação à distância, oferecer suporte às intervenções dos alunos/profissionais nos serviços, acompanhar e avaliar as produções e o aproveitamento de sua turma. Cada turma também contava com um aluno/profissional que exercia a função de tutor da SMS, uma espécie de representante da turma para articular eventuais demandas e negociações entre a FCM/Unicamp e a SMS.

As atividades nos cenários de prática foram coordenadas por uma equipe específica composta por gestores do curso, que era responsável por articular a inserção dos alunos/profissionais de todas as turmas nos espaços programados para essas atividades.

Quinzenalmente, os oito apoiadores/professores horizontais, os quatro tutores da SMS e os outros membros gestores do curso, se reuniam num espaço de supervisão com o coordenador do curso, que dava suporte às análises sobre a metodologia, o andamento das turmas, o trabalho do apoiador e a produção de efeitos de mudança nas práticas dos alunos/profissionais, assim como às possíveis reformulações no percurso em função das avaliações periódicas.

3.2 Combinação metodológica: discussão de casos, produção de intervenções e ofertas teóricas

Semanalmente, cada turma se dispunha em roda com sua dupla de apoiadores em uma sala de aula da FCM/Unicamp. Durante as duas primeiras horas o grupo se concentrava na discussão de casos e na subsequente elaboração de propostas de ação. As duas horas seguintes eram reservadas para ofertas teóricas estruturadas em função de temas específicos.

No início do curso cada aluno/profissional foi convidado a escolher, juntamente com sua equipe de trabalho, um caso com o qual estivessem envolvidos e enfrentando dificuldades na condução. Poderia ser um caso clínico, um grupo terapêutico ou de promoção à saúde, uma situação encontrada no território que demandasse uma ação de saúde coletiva ou uma situação institucional relativa ao processo de trabalho e à gestão do serviço. O essencial era que os alunos/profissionais discutissem a escolha do caso com a sua equipe de trabalho e refletissem sobre as motivações para essa escolha e os afetos despertados na equipe, já que se pretendia abordar o caso também a partir do que ele mobilizava nos profissionais. Os alunos/profissionais receberam uma espécie de roteiro (anexo I) com aspectos a serem considerados na construção do caso com a equipe e na apresentação para o grupo. Esse caso seria discutido pelo grupo, que proporia intervenções a serem desenvolvidas e acompanhadas pelo aluno/profissional e sua equipe no decorrer do curso.

Assim, na primeira parte de cada encontro semanal, um aluno/profissional era responsável por trazer um caso para discussão. Com a mediação dos apoiadores, o grupo procurava ampliar a compreensão sobre o caso em suas múltiplas dimensões, seu histórico,

as intervenções realizadas pela equipe, a qualidade da relação entre os envolvidos, etc. A discussão também permitia fazer movimentos de abstração a partir da reflexão teórica sobre a principal questão envolvida e possibilitava que os membros do grupo trouxessem suas experiências com casos semelhantes, formas diferentes de lidar com as situações e outros elementos para pensar alternativas de ação. Dessa forma, era possível desenvolver a capacidade de análise com os alunos/profissionais, sendo que os apoiadores os estimulavam a esmiuçar os fenômenos e a dinâmica das relações envolvidas antes de propor quaisquer intervenções, tentando evitar automatismos e sempre enfatizando a reflexão sobre os afetos que o caso despertava no grupo.

Após esse momento de análise e compreensão do caso, o grupo era estimulado a propor alternativas de ação, com o objetivo de aprimorar também a capacidade de intervenção dos alunos/profissionais. As reflexões e propostas levantadas pelo grupo deveriam ser levadas pelo aluno/profissional responsável pelo caso à sua equipe de trabalho, a fim de construir um Projeto Terapêutico (para os casos clínicos) ou um Projeto de Intervenção (para os casos de saúde coletiva ou de gestão) e pactuarem as ações a serem levadas adiante. Posteriormente, em momento programado, o aluno/profissional deveria rerepresentar o caso ao grupo e o andamento das intervenções, para que o grupo pudesse repensar a situação à luz de novas informações, avaliar o resultado das intervenções e propor as próximas ações.

Portanto, as discussões de caso no curso não possuíam caráter deliberativo, embora fosse possível que os alunos/profissionais levassem membros da equipe e/ou gestores para participarem da discussão de seu caso. O grupo funcionava como um espaço de reflexão e troca de experiências com profissionais de diferentes serviços e com os

apoiadores/professores horizontais. Situava-se num lugar externo ao serviço e às equipas, de modo que os alunos/profissionais pudessem desenvolver sua capacidade crítica, porém sempre em contato com o concreto, pois permanentemente cada aluno/profissional se remetia ao seu contexto de trabalho, lidando com casos reais, levando as discussões e propostas, e negociando-as com equipe e gestores.

O acompanhamento dos Projetos Terapêuticos e/ou de Intervenção e a reflexão teórica sobre os principais temas que emergiam da situação trabalhada se configuraram, ao final, como o trabalho de conclusão de curso (TCC) dos alunos/profissionais. A relação dos temas que compuseram esses trabalhos demonstra a diversidade de reflexões gerada por meio da estratégia de discussão de casos (conforme se pode observar no anexo II).

Embora os apoiadores trouxessem ofertas teóricas durante a própria discussão dos casos em função de cada necessidade singular, a segunda parte dos encontros semanais era reservada para o trabalho com temas teóricos específicos e relativos à clínica médica e de enfermagem, à saúde coletiva e à gestão. Englobou tanto os principais aspectos clínicos nos grandes eixos de intervenção na Atenção Básica, como a saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, saúde mental e bucal, quanto questões relativas à saúde coletiva e à organização da atenção no contexto da rede SUS, como a co-produção do processo saúde-doença-intervenção; a prática da clínica ampliada e compartilhada; arranjos e dispositivos para a gestão e atenção em saúde; trabalho no território e em rede; intervenções com indivíduos e coletivos; trabalho em equipe; gestão da informação; planejamento em saúde; dentre outros saberes que, articulados, pretendem atribuir nova singularidade à clínica na Atenção Básica.

A maioria dessas aulas teóricas foram dadas por professores convidados (verticais) que, a partir de sua especialidade, trabalharam os temas relativos ao diagnóstico e tratamento dos principais agravos e doenças nas áreas de saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso e de saúde mental, temas da vigilância e planejamento em saúde, entre outros. Algumas aulas sobre temas transversais, como a co-produção do processo saúde-doença-intervenção, abordagem psicossocial, trabalho com grupos, arranjos e dispositivos para a clínica e a gestão ampliadas e compartilhadas, entre outros, foram dadas pelos próprios apoiadores/professores horizontais.

Pela necessidade de otimizar os recursos financeiros e pela disponibilidade de agenda dos professores, as duas turmas que aconteciam no mesmo horário (A e B às terças; C e D às quintas-feiras) se juntavam para participar das aulas teóricas dadas por professores convidados. As aulas foram organizadas a partir de vários recursos pedagógicos, como aulas expositivas, exposições dialogadas, discussões em grupos, exibição de filmes e trabalho em oficinas e, mesmo sendo dadas por professores com inserção vertical no curso, eram acompanhadas pelos apoiadores/professores horizontais, que faziam as conexões necessárias entre um tema e outro ou entre o tema e o processo singular de sua turma.

A maior parte dos temas (75%) foi previamente programada em função dos objetivos do curso e de acordo com requisitos básicos necessários para a atuação do profissional de saúde na Atenção Básica. Porém o cronograma previa lacunas (25%) que seriam preenchidas com temas que emergissem das discussões de caso ou da dinâmica singular de cada turma, configurando o que se chamou de seminários abertos (o cronograma completo do curso encontra-se no anexo III). Cada turma tinha autonomia para programar o tema de seu seminário aberto, que ocorria uma vez ao mês, podendo ser um

tema abordado por um professor convidado, pelos apoiadores ou pelo próprio grupo, um filme, uma discussão, uma leitura de texto, etc. (ver relação dos temas trabalhados nos seminários abertos no anexo IV). Portanto, cada turma trabalhou diferentes temas nos seminários abertos e desta forma, foi possível combinar certo padrão de conhecimentos desenvolvidos no decorrer do curso, com o incremento de conhecimentos que se fizeram necessários durante o processo singular de cada turma e que fariam mais sentido se inseridos numa temporalidade também singular.

3.3 Atividades de dispersão, educação à distância e cenários de prática

Os alunos/profissionais deveriam se dedicar às atividades de dispersão, que incluíam estudo, leitura de textos, elaboração de trabalhos, discussão do caso em equipe e do Projeto Terapêutico ou de Intervenção, esclarecimento de dúvidas com os apoiadores, entre outras.

Todas as aulas teóricas pressupunham a leitura de bibliografia indicada para cada tema, que os alunos/profissionais deveriam realizar em horários extra-curso. Para alguns temas específicos, também era solicitada a confecção de trabalho ou exercício prático, visando estimular que os alunos fizessem co-relações entre o conteúdo teórico e sua experiência cotidiana, como por exemplo: realização de entrevistas com os outros profissionais do serviço para identificar como concebem o processo de trabalho; levantamento das ações ofertadas no serviço nas diferentes áreas e propostas de reformulação; realização de um diagnóstico sobre a dinâmica do trabalho em equipe; propostas para organizar as reuniões de equipe; revisão de prontuários, etc.

Como já apontado anteriormente, os alunos/profissionais deveriam discutir os casos acompanhados no curso com suas equipes locais de trabalho e, juntos, confeccionar propostas, desenvolvê-las e avaliá-las periodicamente. Esse trabalho foi desenvolvido como atividade de dispersão, fora da carga horária do curso, na qual esperava-se que os alunos/profissionais pudessem aplicar os conhecimentos adquiridos no curso em sua prática e, ao mesmo tempo, multiplicá-los junto à sua equipe de trabalho. Procurava-se estimular, assim, maiores graus de protagonismo dos alunos em disparar mudanças efetivas nos serviços e no modo de produzir saúde.

Além disso, foram realizadas atividades de educação à distância através da Plataforma TelEduc/Unicamp, demandando dos alunos/profissionais conhecimentos básicos de internet, como uso de e-mail e downloads de arquivos. A Plataforma TelEduc/Unicamp é livre e disponibilizada como ferramenta de interação à distância, biblioteca virtual e comunicações oficiais do curso. Cada turma possuía um ambiente virtual/TelEduc específico, onde foi disponibilizado todo o material do curso, desde um guia de orientação ao aluno que continha os objetivos do curso, a proposta metodológica, o papel dos apoiadores, etc., até o material necessário para a realização das tarefas de dispersão, material das aulas, bibliografia, textos digitalizados, agenda semanal, entre outros documentos. Os alunos/profissionais deveriam registrar toda sua produção em seu portfólio individual, tanto o caso apresentado ao grupo, a discussão coletiva, as propostas e o andamento das intervenções, como o relatório das atividades de dispersão e avaliações realizadas periodicamente. Além disso, eram propostas atividades de educação à distância criadas em função da dinâmica de cada turma, que poderiam ser fóruns de discussão sobre

um tema surgido da discussão de caso, discussão de filmes, sistematização de leituras e dos conteúdos trabalhados em aula, entre outros.

Essas atividades tinham diferentes objetivos:

- Integrar os alunos/profissionais fora do contexto de sala de aula e possibilitar a troca de experiências sobre determinados temas ou situações para os quais a carga horária presencial do curso era insuficiente;

- Garantir uma forma eficaz de comunicação sobre os acontecimentos, demandas, tarefas e atividades do curso, assim como divulgação de eventos e outros assuntos relacionados ao curso;

- Publicar e organizar o material bibliográfico exigido pelo curso (material bibliográfico eletrônico, referências de textos impressos e material didático), assim como a programação das aulas teóricas, dos seminários abertos e discussões de caso, e outras atividades eventuais de dispersão ou em sala de aula;

- Publicar e organizar o material produzido pelos alunos/profissionais no decorrer do acompanhamento de seu caso e do Projeto Terapêutico ou de Intervenção. Essa estratégia possibilitou o apoio à distância para esclarecimento de dúvidas, aprofundamento de análises e incremento das intervenções, assim como permitiu que os próprios alunos apoiassem os colegas, compartilhando experiências e comentando o processo vivido pelos outros.

As atividades nos cenários de prática visavam inserir os alunos/profissionais no cotidiano da atenção à saúde, proporcionando a aproximação e/ou consolidação dos conhecimentos que deles se esperava ao final do curso. Tinham como principal objetivo desenvolver e aprimorar habilidades em clínica ampliada para a saúde da criança e do

adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, em urgência-emergência, pequenas cirurgias e saúde coletiva. Parte dessas atividades práticas foi pensada previamente segundo objetivos do curso, e parte delas foram apontadas pelos próprios alunos/profissionais em um questionário aplicado para identificação do perfil e das necessidades dos alunos.

Os campos que configuraram os cenários de prática foram Unidades Básicas de Saúde da SMS-Campinas e as vivências foram tutoradas por colegas médicos ou enfermeiros que trabalhavam nas próprias unidades, com a coordenação de gestores do curso. As atividades consistiam no acompanhamento da assistência nas diferentes áreas e a realização de ações de saúde (exames, consultas) com a supervisão dos tutores. Os alunos/profissionais deveriam elaborar um relatório de descrição das atividades realizadas por área, contendo uma avaliação crítica do que foi observado e suas impressões e conclusões.

3.4 Avaliação multidimensional

O curso contemplou diferentes formas de avaliação, tanto dos alunos/profissionais como do próprio curso e sua metodologia. Foram propostas avaliações periódicas como ferramenta para verificação, análise e apoio ao desenvolvimento dos alunos e do projeto político-pedagógico do curso, ou seja, como instrumento de correção de trajetória e não apenas como um instrumento formal de certificação final. Tais avaliações se deram de modo contínuo e processual – para permitir reflexões e ajustes ao longo do curso –, e de modo participativo e multidimensional – ao envolver o projeto pedagógico, os apoiadores/professores horizontais e os alunos/profissionais.

Em Dezembro de 2008 foi realizado o primeiro momento de avaliação, composto por cinco instrumentos avaliativos: 1) um questionário de auto-avaliação individual dos alunos, que envolveu sua participação nas aulas e discussões, o uso do TelEduc, o cumprimento das tarefas, o acompanhamento dos casos, etc. (anexo V); 2) a confecção de um texto auto-avaliativo individual sobre a aplicação dos conceitos discutidos no curso na prática cotidiana dos profissionais (anexo VI); 3) um questionário detalhado de avaliação das aulas teóricas, das discussões de caso, da atuação dos professores e do uso do TelEduc (anexo VII); 4) uma discussão de avaliação em pequenos grupos e plenária, com a presença dos coordenadores das Unidades Básica de Saúde a que pertenciam os alunos/profissionais (anexo VIII); e 5) uma devolutiva individual e personalizada feita pelos apoiadores/professores horizontais sobre o desempenho de cada aluno/profissional no curso e as expectativas de evolução em aspectos específicos (anexo IX). Junto com essa devolutiva individual, os alunos/profissionais receberam notas individuais, que foram compostas tomando como base as auto-avaliações, a participação no grupo, participação no TelEduc, realização das tarefas, a apresentação do caso e o Projeto Terapêutico ou de Intervenção.

As inovações metodológicas propostas pelo curso pressupunham a necessidade de compreensão crítica e aprofundada da efetividade desta modalidade formativa. Portanto, nos dois momentos seguintes de avaliação foi utilizada a técnica de grupos focais²⁸ para enriquecer a abordagem dos aspectos qualitativos envolvidos nessa experiência e produzir uma avaliação mais sistematizada sobre a eficácia da proposta metodológica. Foram realizadas duas rodadas de grupos focais, nos quais os alunos/profissionais foram

²⁸ A técnica dos grupos focais será descrita no próximo capítulo.

convidados a discutir temáticas relativas ao curso. A primeira rodada ocorreu em Julho e a segunda em Novembro de 2009, ao final do curso. Os grupos focais foram realizados por turma, ou seja, cada uma das quatro turmas se constituiu como um grupo focal, a fim de respeitar o andamento de cada uma e suas construções grupais específicas, aprofundar a compreensão sobre como cada turma avalia o curso, sua metodologia e efeitos, e ainda criar outro contexto de análise e intervenção no próprio grupo.

Na primeira rodada de grupos focais, ocorrida em Julho de 2009, os apoiadores/professores horizontais não participaram das discussões da sua turma (assumiram a função de moderadores de outra turma e vice-versa), para que os alunos/profissionais pudessem se expressar com maior liberdade. Os moderadores possuíam um roteiro de temas a serem abordados, comum para as quatro turmas, que pretendiam estimular o debate de avaliação sobre os efeitos do processo formativo na prática dos alunos/profissionais (anexo X).

O material levantado nessa primeira rodada de grupos focais foi posteriormente devolvido aos alunos/profissionais na forma de narrativas, numa segunda rodada realizada em Novembro de 2009, configurando o terceiro e último momento avaliativo do curso. Desta vez, como se tratava do fechamento do curso, cada dupla de apoiadores/professores horizontais coordenou as discussões de sua respectiva turma. Essa devolutiva visava que os grupos refletissem sobre seu discurso, pudessem rever e confirmar posições e argumentos, rediscutir os consensos e as discordâncias e se reposicionar. Ao mesmo tempo, foi um momento oportuno para que alunos/profissionais e seus apoiadores pudessem compartilhar suas avaliações sobre o processo de formação e identificar potências e limites do método utilizado.

Nesse último momento avaliativo do curso, além da discussão em grupo focal, alguns instrumentos já utilizados no primeiro momento avaliativo foram retomados, a fim de possibilitar a configuração da segunda nota dos alunos: o questionário de auto-avaliação e a devolutiva individual e personalizada feita pelos apoiadores/professores horizontais sobre o desempenho dos alunos.

De modo coerente com sua proposta metodológica, a avaliação participativa e processual do curso possibilitou o envolvimento dos alunos/profissionais na análise de seu percurso formativo e do andamento do curso, se constituindo como mais uma forma de estímulo ao protagonismo, ao desenvolvimento da capacidade de analisar e intervir na realidade, ao exercício da autonomia e de relações democráticas.

4. A pesquisa

4.1 Objetivos

Objetivos Gerais:

- Avaliar os efeitos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica” na formação e nas práticas dos alunos/profissionais, no que se refere à abordagem das dimensões subjetiva e social;
- Analisar a eficácia da proposta metodológica de Apoio Paidéia na construção de práticas ampliadas e compartilhadas.

Objetivos Específicos:

- Analisar as contribuições da proposta metodológica de Apoio Paidéia na formação profissional para a abordagem das dimensões subjetiva e social;
- Investigar se o curso produziu mudanças na forma com que os profissionais concebem o processo saúde-doença-atenção, bem como em suas práticas clínicas, de saúde coletiva, de gestão e no trabalho em equipe;
- Analisar a intervenção dos profissionais e de suas equipes junto aos casos discutidos no curso e o desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos construídos para os mesmos;
- Construir um material teórico-prático e de fácil acesso sobre práticas ampliadas e compartilhadas, com ênfase na abordagem das dimensões subjetiva e social;
- Gerar subsídios para a formulação e aprimoramento de processos de formação em saúde.

4.2 Referenciais metodológicos

4.2.1 Considerações sobre a concepção de ciência e a pesquisa social

Entendemos a ciência como produto do trabalho humano, como mais uma das formas pelas quais o homem constrói o mundo e passa a enxergá-lo. Essa afirmação aproxima-nos da teoria crítica, desenvolvida na Escola de Frankfurt nas décadas de 1930 e 40. Seus principais pensadores, Max Horkheimer, Theodor Adorno, Herbert Marcuse e Jürgen Habermas, opuseram-se à concepção positivista de ciência como forma de apreensão da realidade, afirmando que qualquer fenômeno social é sempre moldado pelo pensamento de quem o percebe e, mais que isso, pela sua ideologia e pelo contexto histórico-cultural no qual está imerso. Os dados não falam por si, de forma neutra e verdadeira, como presume o pensamento positivista. *“O que é dado não depende apenas da natureza, mas também do poder do homem sobre ele. Os objetos e a espécie de percepção, a formulação de questões e o sentido da resposta dão provas da atividade humana e do grau de seu poder”* (Horkheimer, 1968: p.163).

Como sujeito histórico, o pesquisador é inevitavelmente permeado pelos determinantes sociais, culturais e econômicos de seu tempo. Ele sempre parte de uma base teórica e “escolhe” os conceitos, define as hipóteses e as variáveis com as quais opera e opta por determinada estratégia de análise. *“O cientista e sua ciência estão atrelados ao aparelho social, suas realizações constituem um momento de autopreservação e da reprodução contínua do existente”* (Horkheimer & Adorno, 1989: p.37). Ou seja, a ciência é ideológica, e se não se colocar como instrumento crítico de si mesma e da sociedade como está instituída, pode resultar meramente na reprodução da ordem vigente. Para esses

autores, a ciência e os cientistas devem refletir sobre sua própria constituição histórico-social e a organização social do poder, aceitando as responsabilidades ético-políticas que os competem.

Decorre disso que, em todo o campo científico, ao estudar quaisquer fenômenos é preciso considerá-los dentro da complexidade do todo onde se inserem. Além disso, os objetos de estudo afetam o pesquisador, provocam-lhe indagações, portanto é preciso assumir o próprio pesquisador como instrumento-chave do processo de investigação, sem a ilusão de poder apreender os fenômenos com completa objetividade (Alves-Mazzotti, 1998). Já na pesquisa social isso se torna ainda mais evidente. Como assinalou Demo (2000), o objeto das ciências sociais é histórico; trata-se de pessoas que vivem em sociedade, num determinado espaço/tempo, pertencentes a dados grupos sociais, cujos valores, instituições e visões de mundo são referidos ao contexto histórico e aos esquemas de dominação. Assim, são objetos complexos, contraditórios, inacabados e em permanente transformação.

Ao contrário das ciências físicas e biológicas, nas quais é possível haver um distanciamento entre sujeito e objeto da investigação, nas ciências sociais tanto os sujeitos como os objetos pertencem a essa mesma natureza histórica. Portanto, a visão de mundo historicamente construída e os interesses do pesquisador estão implicados em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. O instrumental teórico e metodológico ajuda o pesquisador em sua aproximação possível da realidade, mas o real será sempre a realidade que ele conhece (Minayo, 2000) e, desse modo, é necessário manter a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como do próprio pesquisador.

Baseando-nos na abordagem dialética, que concebe a realidade como um todo complexo cujas partes estão em constante interação, entendemos que para apreender uma análise mais profunda da realidade social, qualquer investigação deve contemplar uma característica inerente ao objeto: seu aspecto qualitativo. Não se trata de excluir ou negar a utilidade do referencial quantitativo, já que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ou seja, não há dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interior/exterior. Quando necessário, ambos os referenciais podem ser integrados, um subsidiando o outro, e inclusive, o referencial quantitativo pode conferir uma faceta objetiva para complementar as produções qualitativas (Minayo, 2000).

No campo da saúde em geral, e particularmente na Saúde Coletiva e na área de política, planejamento e gestão, os objetos de investigação se constituem de maneira complexa, no sentido de haver sempre um grande número de variáveis a serem consideradas e serem inter-relacionados com áreas do saber das ciências naturais, humanas e sociais. E ainda, são objetos pouco definidos, no sentido de que na maioria das vezes essas numerosas variáveis não são passíveis de medições apuradas somente pelo formato quantitativo ou estatístico (Onocko Campos, 2005b). Diante dessas características, é possível (e por vezes necessário, a depender do objeto) dispor de ampla variabilidade de métodos de investigação, que permitam a análise da realidade sob múltiplos ângulos e com diversidade de lentes (Turato, 2005).

Com esses apontamentos, pretendemos situar o leitor a respeito das concepções de ciência que deram suporte a este trabalho e que nos permitiram identificar, na abordagem qualitativa, o método mais adequado para nosso objeto de estudo. Mas o que é um método?

4.2.2 Sobre o método e a abordagem qualitativa

Na visão cartesiana, um método é um conjunto de técnicas que prescrevem o modo correto de fazer para alcançar determinado fim, algo que nos protegeria de erros (Gadamer, 2003). Seria isso possível numa abordagem da realidade social? Uma pesquisa qualitativa é, essencialmente, um conjunto de práticas interpretativas (Denzin & Lincoln, 2000), ou seja, o núcleo de um trabalho qualitativo é o trabalho com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. O pesquisador qualitativo interpreta tanto as práticas quanto as interpretações dos sujeitos sobre as práticas. Como já apontamos acima, estamos num campo em que o conhecimento é produzido na interação dinâmica entre sujeito e objeto e em que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e intersubjetivo dos sujeitos, o que faz com que os objetos de pesquisa adquiram configurações singulares. Então, a aplicação de um mesmo conjunto de técnicas em diferentes situações, com diferentes sujeitos, jamais permitiria revelar os mesmos resultados. Não há erro nisso, essa é a própria essência da pesquisa qualitativa.

No entanto, poderia o leitor ser perguntar: mas então, se tudo é relativo à interpretação de quem observa, a pesquisa qualitativa não seria meramente um quadro impressionista? Para que empreender um longo caminho de pesquisa, se ao final os resultados não refletem nada consistente sobre o real?

Frente a essas questões, devemos sair da polaridade entre um realismo ingênuo – aquele que postula a existência de um mundo que precisa ser descoberto, revelado, por meio de uma relação imediata e invariante entre pesquisador (sujeito) e realidade (objeto) – e um subjetivismo extremo – que atribui a capacidade de conhecer exclusivamente às

propriedades da mente individual, à subjetividade e aos determinantes psicodinâmicos (Spink & Medrado, 2004).

Para isso, é preciso realçar outra definição do que seja um método, mais apropriada à construção do olhar qualitativo. Para Castoriadis (1986), um método é um conjunto operante de categorias, e explicitar essas categorias é o que permite ao pesquisador esclarecer como serão conduzidas as suas articulações interpretativas, dizer quais os conceitos e teorias que serão tomados como guias. É o que permite conferir coerência e reconhecer na pesquisa qualitativa sua legitimidade como produção científica que pretende apreender o real.

É preciso frisar que a abordagem qualitativa pauta-se em outra epistemologia, em geral, relativa às ciências humanas e sociais, e que difere do método predominante das ciências naturais. Ao modo de uma síntese, nos reportamos a Triviños (1987) para quem a pesquisa qualitativa possui dois traços fundamentais que a definem: *“Por um lado, sua tendência definida de natureza desreificadora dos fenômenos do conhecimento e do ser humano; e, por outro, relacionada com aquela, a rejeição da neutralidade do saber científico”* (Op. Cit.:p.125). Além disso, tem como características o fato de ser descritiva; de ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser voltada preferencialmente para a compreensão do processo mais do que para os resultados; utilizar o referencial indutivo e preocupar-se centralmente com o significado. Dessa forma, embora a pesquisa qualitativa também seja convocada a demonstrar sua legitimidade, seus critérios formais de confiabilidade e validade assumem contornos diferentes dos assumidos pela abordagem quantitativa.

Sobre isso, Deslandes & Assis (2002) destacam algumas questões a serem consideradas para contribuir com a qualidade da pesquisa qualitativa. Para aumentar a confiabilidade externa (quando diferentes pesquisadores podem encontrar resultados semelhantes), é preciso descrever detalhadamente os processos de decisão tomados no decorrer do estudo, de modo que estejam explícitos:

- A posição do pesquisador (por exemplo, o fato de pertencer ao sexo masculino influencia sua observação de certos aspectos do mundo feminino);

- Como se deu a escolha dos informantes, pois os valores e vivências das pessoas são influenciados pela sua pertença em determinado grupo;

- As condições e situações sociais em que o dado é produzido (as informações obtidas numa entrevista individual são diferentes das obtidas em situações de grupo, por exemplo);

- A escolha dos constructos e premissas analíticas adotadas, para possibilitar a compreensão de como se deu o caminho interpretativo (não apenas quais conceitos foram empregados, mas como eles o foram);

- Os métodos de coleta de dados e de análise.

Já a confiabilidade interna (quando diferentes pesquisadores envolvidos com o tema concordam em suas análises), pode ser aumentada por meio da utilização:

- Do debate interno na equipe e a troca de impressões e informações, para construir consensos interpretativos;

- De descritores de baixa inferência, ou seja, os que descrevem situações e relatos verbais, neste momento ainda sem as conclusões do pesquisador, e a “checagem” destes junto aos sujeitos da pesquisa;

- Da validação das interpretações com os próprios sujeitos da pesquisa, ou seja, a consulta sobre se as construções do pesquisador são adequadas;

- Do exame pelos pares, comparando os resultados com estudos na mesma área.

Além disso, para as autoras, proporcionar validade aos estudos implica em considerar os efeitos:

- Da história, pois os fenômenos observados não se mantêm constantes,

- Do observador, pois os sujeitos podem agir de forma diferente, de acordo com o que imaginam que o observador gostaria de ver;

- De eventos que mudam o cotidiano e a forma de convívio no contexto (por exemplo, inserção de um novo membro no grupo observado).

Para Lincoln & Guba (2006), a validade de uma pesquisa é dada pelo rigor na aplicação do método e pelo rigor nas formas de interpretação. No que se refere ao rigor metodológico, eles consideram que há diversos critérios já estabelecidos nas pesquisas qualitativas para assegurar a validade. No entanto, a questão que mais têm sido foco das preocupações no campo da pesquisa qualitativa, é saber se somos rigorosos em termos interpretativos. Diferentes leituras poderiam ressaltar uma interpretação e não outra, ou poderiam gerar diferentes nuances de interpretação, diferenças que poderiam se acentuar dependendo da cultura, da ideologia, das referências, do engajamento prolongado do pesquisador com certos temas e mesmo seu compromisso e implicação com determinados grupos sociais. Nesse sentido, os autores afirmam que não haveria uma solução definitiva, mas seria possível nos basear em alguns critérios para avaliar se uma investigação é fiel à construção humana estudada, se possibilita segurança, principalmente por parte dos membros da comunidade, para agir sobre dada situação.

Uma das formas de validação, segundo os autores, está ligada à autenticidade da investigação, que se daria a partir da garantia de que todas as opiniões, perspectivas, reivindicações, inquietações e vozes do grupo estudado estejam visíveis e representadas, na tentativa de evitar a tendenciosidade do pesquisador e impedir a marginalização de discordâncias. Portanto, quanto maior a polifonia, maior a chance de um estudo válido para refletir a complexidade da situação estudada. Além disso, como os autores defendem uma linha de pesquisa indutora da participação dos sujeitos, eles afirmam que a autenticidade de um estudo estaria também em sua habilidade em desenvolver a capacidade crítica dos sujeitos e sua ação social e política para a transformação das questões problemáticas identificadas no decorrer da pesquisa, demarcando assim o compromisso do pesquisador com a aplicabilidade dos resultados. Outra forma de validação a ser considerada seria a ética na relação entre pesquisadores e sujeitos. Aqui, Lincoln & Guba (2006) destacam a posicionalidade (ou como os diferentes pontos de vista e julgamentos são incluídos para representar posições divergentes); as comunidades de discurso específicas e os locais de pesquisa como árbitros da qualidade (ou seja, a pesquisa deve ser validada pelos sujeitos participantes, que julgarão se o estudo reflete suas formulações, se responde às indagações, apóia e traz subsídios para decisões futuras); e a reciprocidade entre pesquisador e sujeitos da pesquisa (estabelecimento de relações não hierárquicas e de colaboração).

Todos esses apontamentos sobre como conferir legitimidade a uma investigação qualitativa nos pareceram úteis para proporcionar maior segurança durante o caminho da pesquisa. Funcionaram como uma espécie de lista de lembretes que nos ajudaram a estar atentos às formas pelas quais o objeto da pesquisa nos afeta e, assim, elaborar estratégias para lidar com a mútua interferência entre pesquisador e pesquisados. Consideramos que

isso proporcionou que nossa atividade interpretativa pudesse adquirir maior coerência em relação às questões estudadas.

Apresentadas nossas concepções sobre o método e sobre os fundamentos da abordagem que empreendemos neste trabalho, esperamos ter revelado algumas nuances de nosso posicionamento e pontos de partida como pesquisadores. Ainda é preciso apresentar alguns dos pressupostos que nortearam tanto a construção do material em campo como sua leitura e interpretação.

4.2.3 Uma postura hermenêutica

Para nortear nossa aproximação ao objeto de pesquisa, apoiamo-nos na abordagem hermenêutica, entendendo-a não como uma metodologia no sentido cartesiano, mas como uma postura interpretativa, uma atitude filosófica que sustenta a busca pela compreensão do sentido de um texto ou, num âmbito mais geral, de um fenômeno humano, seja ele um discurso, um evento, uma cultura.

Mas o que significa interpretar, do ponto de vista da hermenêutica? Para Foucault (1987), o tipo de interpretação que pôde existir até o século XVI era aquele organizado segundo o princípio da semelhança. Interpretar pressupunha arrancar um véu que separava o signo do significado, ou seja, “decifrar” as coisas em função de categorias de coisas semelhantes já conhecidas. É somente no século XIX, com Freud, Marx e Nietzsche, que se abre a possibilidade da interpretação como tarefa infinita, sempre inacabada, e com isso a possibilidade de uma hermenêutica. Os signos passam a ser vistos não mais como a coisa pura a ser revelada ou decifrada, mas como a interpretação de outros signos. Isso nos remete a dois postulados hermenêuticos: que uma interpretação é sempre uma interpretação

de uma interpretação, por isso infinita; e que, como tal, será sempre referente ao *quem* interpreta.

O termo hermenêutica tem sua raiz etimológica ligada a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais e, genericamente, designa “a arte e a ciência da interpretação”. Ayres (2005) se refere a uma primeira acepção sobre a hermenêutica como um conjunto de princípios e procedimentos metódicos usados para interpretar obras não contemporâneas, divididas em três hermenêuticas regionais: a exegese dos textos bíblicos; a interpretação de obras clássicas; e a interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis. Posteriormente o escopo da hermenêutica foi ampliado, o que a conduziu da condição de técnicas interpretativas a uma filosofia, um modo de compreender a existência. Os antecessores mais expressivos da hermenêutica como filosofia foram Schleiermacher, que propôs unificar as hermenêuticas regionais numa única ciência e arte da compreensão em geral, e Dilthey, que expandiu a teoria hermenêutica de um ramo do conhecimento à condição de *fundamento epistemológico* de todas as ciências humanas pois, sendo elas reflexivas, seu objeto inclui o sujeito. Dilthey propôs não lutar contra a interferência entre sujeito e objeto e sim assumir suas conseqüências metodológicas, o que conferiria consistência epistêmica aos processos compreensivos (Ayres, 2005).

Uma nova ampliação da teoria hermenêutica se deu a partir da concepção heideggeriana de que a compreensão, em sua circularidade e reflexividade, não é apenas um modo de se conhecer o humano, mas *o próprio modo de ser humano*. Com base nisso, Gadamer (2003) propõe uma hermenêutica filosófica como reflexão meta-discursiva que vai além da compreensão de textos e obras, e funda na linguagem a compreensão das próprias realidades humanas. Aborda a hermenêutica, portanto, não como uma

metodologia, mas como uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos de modo geral.

Gostaríamos de explicitar e fundamentar alguns conceitos desenvolvidos por Gadamer (2003) que nos nortearam como postura metodológica e interpretativa. Ao final desta sessão, nos remeteremos à hermenêutica crítica de Ricoeur (1990; 1997) para fundamentar o modo como interpretamos o material produzido em campo. Vale observar que nossas leituras de Gadamer e Ricoeur se aproximam do modo como Onocko Campos (2003b; 2005b; 2008) tem trabalhado o tema da hermenêutica e baseiam-se em muitas de suas elucidações sobre o pensamento dos dois autores.

Iniciaremos destacando o princípio de que compreender um texto implica sempre num projetar, ou seja, temos expectativas com relação ao que lemos e outorgamos sentido ao texto também a partir dessas expectativas. Mas

(...) aquele que quer compreender não pode se entregar de antemão ao arbítrio de suas próprias opiniões prévias, ignorando a opinião do texto (...). Quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente deve, desde o princípio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto (Gadamer, 2003: p.358).

A compreensão nunca chegará a uma suposta verdade sobre as coisas, ou ao verdadeiro sentido que está querendo ser “revelado”. Mas como compreender significa também lidar com nossas antecipações e expectativas de sentido, a compreensão do que está posto num texto consiste na elaboração desse projeto prévio, que deve ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido. A tarefa da hermenêutica seria, portanto, estabelecer um entendimento sobre as coisas, de modo a nos possibilitar saber se nossas antecipações serão corretas e adequadas às coisas, confirmando-as nas próprias coisas. Contudo, a hermenêutica não consiste num

tipo de “comunhão”, mas se refere a uma participação num “sentido comum”. Essa idéia apresenta ressonâncias com os pressupostos da pesquisa qualitativa e convergem para a construção de uma compreensão *possível*, guiada pelo olhar do presente, por pressupostos e interesses, mas atenta na busca desse “sentido comum”.

É bom lembrar que, em se tratando de uma postura metodológica, de uma forma de colocar-se frente ao objeto de estudo, a hermenêutica deve se constituir numa construção permanente. O reconhecimento de nossos pontos de partida como pesquisadores e o movimento de nos expor à alteridade, ao estranho, ao ser-diverso daquilo que estamos tentando compreender não é, como diz Gadamer, uma decisão “heróica”, a ser tomada de uma vez por todas, mas é nossa “*tarefa primeira, constante e última*” (Op. Cit.: p.355).

Mas como construir essa postura? Como operar essa abertura ao texto para construir um “sentido comum”? Para Gadamer, é preciso saber das condições sob as quais a compreensão é possível, através do exame de nossos preconceitos e do reconhecimento de nossa pertença a uma tradição. É o que viemos fazendo no decorrer desse trabalho, quando expusemos nossos pressupostos, as linhas teóricas que nos orientam e a nossa vinculação a certas tradições na área da saúde e na ciência.

O preconceito, para a hermenêutica de Gadamer, é uma categoria central, é a primeira condição, a mola propulsora do movimento de compreensão. Com essas proposições, Gadamer recoloca o problema do preconceito, apontando que seu matiz negativo deu-se como construção da *Aufklärung* (Iluminismo). Segundo ele, preconceito (*Vorurteil*) significa um juízo (*Urteil*) que se forma antes do exame definitivo de todos os determinantes da coisa em questão. Na jurisprudência um preconceito é uma pré-decisão jurídica, antes da sentença definitiva, o que representa uma redução das chances para quem

é julgado, e por isso prejuízo, desvantagem, dano. Mas o autor adverte que a negatividade comumente atribuída ao termo pré-juízo (*préjugés* em francês, *prejuicio* em espanhol – do latim *praeiudicium*) é secundária, pois repousa no valor prejudicial de uma pré-decisão, tal qual o de qualquer precedente. Tentando resgatar a validade positiva do termo, Gadamer entende que “preconceito” não é, de modo algum, falso juízo, uma vez que seu conceito permite que ele possa ser valorizado positiva ou negativamente. O autor destaca, ainda, que o termo preconceito foi restringido pela *Aufklärung* ao significado de “juízo não fundamentado”, sendo que só a fundamentação, a garantia do método e da razão (e não o encontro com a coisa como tal) é que poderia conferir ao juízo sua dignidade. Assim é que teria se fundado o descrédito dos preconceitos e a pretensão do conhecimento científico de excluí-los totalmente.

Mas para Gadamer o preconceito não deve e nem pode ser banido, pois a razão absoluta não é uma possibilidade para a humanidade: “os preconceitos de um indivíduo, muito mais que seus juízos, constituem a realidade histórica de seu ser” (Gadamer, 2003: p.368). Ou seja, não refletimos sobre nossos preconceitos, mas sim somos, encarnamos nossos preconceitos, por isso pensamos e agimos a partir deles.

Entretanto, para compreender um texto, diz-nos o autor, devemos estar receptivos a ele. Porém essa receptividade não pressupõe nem neutralidade, nem tampouco isenção; implica antes uma apropriação das opiniões prévias e dos preconceitos pessoais. Mas como fazer isso, se nós mesmos não conseguimos reconhecer nossos preconceitos como tais? Gadamer nos mostra que é preciso destacar os próprios preconceitos, isto é, suspender sua validade. E somente podemos fazê-lo transformando nossas crenças e pressupostos em perguntas, num exercício constante de interrogação. “O que importa é dar-se conta dos

próprios pressupostos, a fim de que o texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais” (Gadamer, 2003: p.358). O preconceito só é ruim quando o pesquisador não pode acessá-lo, quando ele opera mesmo sem ser percebido. Em vez de evitá-los, devemos colocá-los em análise, de modo que eles nos sirvam de guias para esclarecer os determinantes históricos que estão incidindo sobre a investigação. A análise do preconceito é essencial para reconhecer o si-mesmo na pesquisa e discernir o que é próprio do pesquisador e o que é alheio, para que seja possível a compreensão do ser-diverso.

Ao discutir o preconceito como condição da compreensão, Gadamer afirma que devemos pensá-los à luz das categorias “autoridade” e “tradição”. A *Aufklärung*, em sua tentativa de impor-se frente à igreja e à monarquia (e, por conseguinte, à interpretação dogmática da Sagrada Escritura), considerava a autoridade como mais uma fonte de preconceito e, por isso, não deveria ser considerada. A estima pelos outros e sua autoridade nos induziria a erros, vide o princípio formulado por Kant: “*tem coragem de te servir de teu próprio entendimento*”. A tradição escrita e quaisquer informações históricas não poderiam valer por si, mas teriam que ser creditadas pela razão, esta sim a fonte última de autoridade. Se na *Aufklärung* a autoridade e a tradição eram objeto de críticas por supostamente limitarem a liberdade e o uso da razão no julgamento das coisas, na hermenêutica gadameriana essas duas categorias são as bases que fundamentam a legitimidade do preconceito. Pois o preconceito somente pode ser tomado como ponto de partida legítimo do processo de compreensão se ele não for arbitrário, quer dizer, se ele puder ser examinado quanto à sua origem e validade segundo o que é compartilhado, especialmente por meio de alguma forma de autoridade e de tradição.

O conceito de autoridade é comumente referido ao oposto de razão e liberdade, ou seja, a uma obediência cega. Mas Gadamer defende que, em essência, autoridade não é isso, basta pensarmos nos termos derivados *autorizar* e *autorizado*. Autoridade é uma atribuição feita a uma pessoa, não num ato de submissão ou abdicação da razão, mas num ato de reconhecimento e de conhecimento:

(...) reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e visão e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio juízo. Isso implica que, se alguém tem pretensões à autoridade, esta não deve ser-lhe outorgada; antes, autoridade é e deve ser alcançada. Ela repousa sobre o reconhecimento e, portanto, sobre uma ação da própria razão que, tornando-se consciente de seus próprios limites, atribui ao outro uma visão mais acertada (Op. Cit.: p.371).

A leitura de Gadamer sobre a tradição também passa por um ato de escolha e liberdade. Ele considera que qualquer tradição não se realiza naturalmente em virtude da capacidade de inércia que permite sua persistência, mas necessita ser afirmada, assumida e cultivada. A tradição estaria sempre atuante mesmo nas mudanças históricas, sendo que a conservação representa uma conduta tão livre quanto a destruição e a inovação. Aqui, vale observar que há nessa concepção alguns dissensos com relação à leitura feita por autores da teoria crítica (especialmente Habermas), para quem a tradição é uma categoria conservadora, pois é construída e mantida pela dominação e pelo exercício de poder. Todavia, Gadamer ressalta que há uma pluralidade de vozes nas quais ressoa o passado, e portanto a tradição refere-se tanto ao que é hegemônico, mas também ao que resiste, ao contra-hegemônico. Se a tradição falasse através de uma única voz, o recurso a ela seria um exercício reprodutivo, conservador do hegemônico. No entanto, é nessa multiplicidade de vozes que Gadamer situa o compreender como algo sempre produtivo: “*a compreensão*

nunca é um comportamento meramente reprodutivo (...) quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente” (Op. Cit.: p.392).

Ao expor, no decorrer deste trabalho, as tradições e as correntes de pensamento às quais nos consideramos vinculados, e ao reconhecer em alguns autores, seus conceitos e teorias, as autoridades que nos permitiram formular e, ao mesmo tempo, nos dar conta de nossos pressupostos, tentamos explicitar o lugar de onde pesquisamos e as condições sob as quais nossa leitura e interpretação foi *possível*.

Agora avancemos um pouco mais para fazer algumas considerações sobre a questão da aplicação. Para Gadamer há uma diferença insuperável entre o intérprete e o autor, diferença que é dada pela distância histórica (temporal)²⁹. *“Cada época deve compreender a seu modo um texto transmitido (...). (...) o verdadeiro sentido de um texto (...) sempre é determinado também pela situação histórica do intérprete” (Op. Cit.: p.392).* Ao contrário do historicismo, que pressupunha que para compreender a história com objetividade era necessário se deslocar ao espírito da época e pensar segundo seus conceitos e representações, para a hermenêutica esse próprio distanciamento histórico é uma possibilidade positiva e produtiva para a compreensão. Pois a distância temporal nos dá condições de destacar as tradições e distinguir os preconceitos que nos levam à compreensão, daqueles que produzem mal-entendidos.

Por isso, Gadamer aponta que a aplicação é um momento tão essencial e integrante do processo hermenêutico como a compreensão e a interpretação. A aplicação consiste em relacionar algo geral e prévio (por exemplo, um texto de uma época distinta) com uma situação particular. Então, o intérprete que quer compreender, deve relacionar o texto (geral

²⁹ Como veremos mais adiante, Ricoeur (1990) afirma que essa distância é operada, não apenas pela passagem do tempo, mas também quando se fixa o discurso na escrita.

e prévio) com a situação concreta em que se encontra. Isso significa que, quando compreendemos um texto, sempre operamos sua aplicação à nossa situação atual, assim devemos compreendê-lo em cada situação concreta de uma maneira nova e distinta. Portanto, “*compreender é sempre também aplicar*” (Op. Cit.: p. 408).

E, ainda, Gadamer aponta que a aplicação não é uma parte última ou suplementar do fenômeno da compreensão, mas o determina desde o princípio e no seu todo. Quando o pesquisador formula uma questão de pesquisa, ele o faz porque foi interpelado por questões não compreendidas a respeito de uma dada realidade, algo que tem a ver com o seu presente e seus interesses, e que por isso o afeta e o mobiliza na busca de um entendimento. Isso o faz voltar-se ao passado e à historicidade dessas questões. E é no encontro produzido entre passado e presente, a fim de responder àquilo que o interpelou, que ocorre o que Gadamer chama de “história efetual”, momento em que a história “faz efeito” no pesquisador, permitindo que ele opere o *destaque* do objeto, a formulação de seu problema de pesquisa. Quer dizer, são os efeitos da história no presente que determinam o que se mostra a nós como algo questionável e passível de transformar-se num objeto de investigação. Portanto, a aplicação do conhecimento está colocada desde o início, pois é o próprio contexto da aplicação que faz possível o destaque do objeto.

Concordamos com Onocko Campos (2005b), quando a autora afirma que a aplicação é um tema importante e inevitável no campo da pesquisa em geral, e em particular na área de política, planejamento e gestão em saúde, na qual se inscreve esse trabalho. Para que empreender uma pesquisa, senão para aplicar o conhecimento produzido em situações concretas e, no nosso caso, formular políticas, propor ações e saídas para os impasses encontrados? Ainda pontuamos, juntamente com Onocko Campos (idem,

ibidem), que o conceito de *destaque* do objeto é bastante adequado quando os temas de pesquisa são tão complexos como geralmente são os da área de política, planejamento e gestão. O destaque permite focar o estudo em um determinado objeto, sem amputá-lo (recortá-lo) de seu contexto e suas relações de produção. *“Destacar é sempre uma relação recíproca. O que deve ser destacado deve ser destacado de algo (...). Toda vez que se destaca alguma coisa se está tornando simultaneamente visível aquilo de que se destaca”* (Gadamer, 2003: p.404).

No nosso caso, o interesse pelo tema da ampliação da clínica às dimensões da subjetividade e do contexto sócio-cultural nos levou a buscar tradições que nos ajudassem a compreender a conformação atual das práticas em saúde e a procurar maneiras de aprimorar a formação dos profissionais do SUS para que desenvolvam abordagens em saúde menos restritas ao biológico e mais ampliadas à dimensão psicossocial, menos restritas a ações prescritivas e mais compartilhadas com os sujeitos. Assim é que, retornando às tradições e pondo em evidência nossos preconceitos, destacamos o Método de Apoio Paidéia aplicado a um processo de formação de profissionais do SUS como nosso objeto de pesquisa. Interrogando nossos pressupostos, formulamos nossas perguntas principais:

- Um processo de formação baseado no desenvolvimento da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos pode produzir efeitos de mudança nas práticas dos profissionais do SUS?
- Pode o Método de Apoio Paidéia subsidiar processos de formação que visem o desenvolvimento:
 - de relações mais democráticas entre os profissionais das equipes de saúde e entre as equipes e seus pacientes?

- de uma clínica ampliada e compartilhada?
- de processos de co-gestão nos serviços de saúde?

Nossa pesquisa estabeleceu, desde o início, um compromisso com o fortalecimento dos elos entre a produção de conhecimento e a produção de intervenções no mundo da prática. Esta implicação com a promoção de mudanças na realidade nos levou a extrapolar a intenção de compreender nosso objeto. Ao analisar o processo de formação objeto de nossa pesquisa, os efeitos de mudança nas práticas dos profissionais que participaram desse processo e a eficácia do método utilizado para estimular essas mudanças, estávamos sendo movidos pelo interesse na reformulação do modelo de formação permanente em saúde de modo mais amplo. A partir da especificidade desse processo formativo, pretendemos levantar algumas proposições e alternativas que possam se aplicar a outros contextos e subsidiar a formação permanente como dispositivo de mudança, no sentido do desenvolvimento da capacidade crítica e operativa dos sujeitos e da construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios do SUS. Isso considerando que essas proposições serão sempre provisórias, já que estão referidas a um dado momento histórico e, assim, passíveis de novas formulações.

Mas o compromisso com a prática não se deu apenas como um possível desdobramento da pesquisa, tendo se constituído como marca importante do próprio processo de pesquisar. Para alcançar os objetivos da pesquisa, isto é, identificar se o curso de especialização do qual tratamos produziu efeitos de mudança nas práticas dos profissionais e analisar a eficácia do método adotado, propusemos um processo de avaliação no qual os próprios sujeitos puderam trazer seus distintos pontos de vista e julgamentos, além dos pontos de vista de outros grupos de interesse que nos permitiram

integrar diferentes planos de compreensão. Para percorrer esse caminho avaliativo a pesquisa promoveu espaços coletivos de reflexão e análise, a fim de que os participantes extrapolassem o papel de mera fonte de dados, procurando estimular sua capacidade crítica para gerar possíveis intervenções na realidade (Furtado, 2001).

Detalharemos, a seguir, como buscamos cumprir as intenções apontadas acima, a partir da conformação da investigação como um estudo de caso e da utilização de diversos instrumentos para ampliar a polifonia e a diversidade das informações.

4.2.4 O estudo de caso

O estudo de caso caracteriza-se como uma estratégia de investigação empírica na qual o pesquisador opta por uma unidade de análise, sendo que a observação é realizada a partir do interior do mesmo, isto é, situada em seu contexto. Seu potencial explicativo decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades estudadas, e sua finalidade é chegar a uma compreensão abrangente de determinado grupo, instituição ou situação (Furtado, 2001).

Para Stake (2000), um caso é um sistema delimitado cujas partes são integradas e cujas fronteiras entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes, portanto seu estudo deve levar em consideração a influência dos diferentes aspectos que se ligam a esse sistema, como os aspectos físico, sociocultural, histórico e econômico. Deve também partir de múltiplas fontes de informação, buscando revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma dada situação, revelando distintos e eventualmente conflitantes pontos de vista nela presentes (Furtado, 2001).

Para distinguir os estudos de caso de outras modalidades de pesquisa nas ciências sociais, Yin (1984) afirma que essa estratégia é geralmente usada quando as questões ou temáticas de interesse do estudo se referem ao “como” e ao “porquê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em seu contexto real. Em todas estas situações, o estudo de caso pode contribuir para aumentar o entendimento em profundidade sobre fenômenos sociais complexos.

Yin (idem, ibidem) ressalta a importância do estudo de caso em pesquisas avaliativas por sua potencialidade em descrever o contexto concreto no qual se dá a avaliação, por explorar situações específicas permitindo compreendê-las de uma forma que não seria possível somente com base nos resultados e principalmente por identificar na realidade estudada as inter-relações entre os pressupostos de funcionamento do que está sendo avaliado e a sua tradução nas práticas concretas dos agentes.

Alves-Mazzotti (2006), analisando o que chamou de “usos e abusos” dessa estratégia de pesquisa, alerta-nos para dois tipos de equívocos recorrentes nos estudos rotulados de “estudos de caso”. O primeiro seria denominar como estudo de caso qualquer investigação que focalize uma única situação ou unidade de análise. Por exemplo, um pesquisador que apenas aplica um questionário ou faz entrevistas em uma dada escola, sem explicitar por que aquela e não outra, como se pudesse ser qualquer uma. Ou seja, a situação ou a escola escolhida não é um “caso”, não apresenta qualquer interesse em si, é apenas um local disponível para a coleta de dados. Em consequência, a interpretação desses dados é superficial, sem recurso ao contexto e à história. O segundo equívoco seria supor que, como o interesse pelo “caso” é devido à sua singularidade, isso impossibilitaria ou

isentaria o pesquisador de vinculá-lo ao conhecimento teórico e à discussão científica corrente na área do estudo. Aqui, o pesquisador trata o caso como algo à parte, tanto em sua gênese, apresentando-o de modo desconectado da discussão corrente na área, como em seu desenvolvimento, no qual não se observa qualquer preocupação com o processo de construção coletiva do conhecimento. Dessa forma, o pesquisador reduz a questão estudada ao recorte de sua própria pesquisa, restringindo a possibilidade de aplicação de suas conclusões a outros contextos e pouco contribuindo para o avanço do conhecimento e a construção de teorias.

A autora põe em evidência a questão da generalização ou da aplicabilidade em outros contextos do conhecimento produzido pelas pesquisas do tipo “estudo de caso”. Ela pontua que já não se sustenta a visão de uma ciência objetiva e neutra, capaz de formular leis gerais cujo valor de verdade seria garantido pela aplicação criteriosa do método. Mas uma objetividade que podemos aspirar, segundo a autora, é a que resulta da exposição de nossas pesquisas à crítica da comunidade científica, o que permitiria identificar os vieses do pesquisador decorrentes de suas crenças e valores associados à sua inserção social e à sua história. Acrescenta-se a isso a possibilidade de confirmar nos referenciais teóricos assumidos e no conhecimento já acumulado os achados singulares obtidos nos estudos de caso. A validação do conhecimento gerado exige que o pesquisador situe seu estudo no processo de produção coletiva do conhecimento, sendo que essa volta à teoria é o que permite uma possível generalização ou aplicabilidade dos resultados a outras situações.

A investigação através do estudo de caso, portanto, visa apreender uma situação única, baseando-se em várias fontes de evidência, e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que conduz a coleta e a análise dos dados. Quanto à questão

da generalização ou aplicabilidade dos resultados, Alvez-Mazzotti (2006) retoma as posições complementares de Yin (1984) e de Stake (1978), considerados dois especialistas na metodologia de estudos de caso. Diz a autora que ambos consideram que os estudos de caso não representam uma “amostra” cujos resultados seriam generalizáveis para uma população, e por isso negam a possibilidade de fazer generalizações do tipo estatístico. Contudo, os dois autores reconhecem a importância de se ir além do caso e buscar a construção do conhecimento.

Para Yin, a partir de um conjunto particular de resultados e da interlocução com o campo teórico já construído, o pesquisador pode gerar proposições teóricas mais amplas que seriam aplicáveis a outros contextos, a partir do que chamou de “generalização analítica”. Já Stake considera que nem todo estudo de caso precisa enfatizar a generalização, pois há situações que demandam o foco no particular e na complexidade de fatores que tornam o caso único. Mas ele introduz o termo “generalização naturalística” para propor que, ao invés de definir para quais populações ou contextos os resultados obtidos podem ser generalizados, o pesquisador deixe essa decisão para o leitor. Ao se deparar com a descrição detalhada dos sujeitos, das relações que mantêm entre si, de seus comportamentos e das situações em que ocorrem, ou seja, de uma “descrição densa” do caso, o próprio leitor poderá decidir se as interpretações, hipóteses, insights apresentados naquele estudo podem ser aplicados ao caso de seu interesse. De toda maneira, ambas as alternativas de generalização seriam adequadas aos estudos de caso, permitindo a construção do conhecimento científico (Alvez-Mazzotti, 2006).

Neste trabalho, definimos nossa estratégia de pesquisa como um estudo de caso por entender que o referido Curso de Especialização em Saúde da Família reúne características

inovadoras em cursos de especialização e outros processos de formação em saúde, já que seu referencial teórico-metodológico pressupõe forte imbricação entre teoria e prática, e visa desencadear mudanças efetivas nas práticas profissionais para a consolidação dos princípios do SUS. Além disso, o curso foi desenvolvido para profissionais da Atenção Básica de Campinas, município pioneiro no processo de implantação do SUS, sobretudo da Atenção Básica, e que atualmente possui uma extensa e complexa rede de serviços, instâncias de gestão e controle social, o que trouxe inúmeros avanços para o campo da saúde na cidade, mas que, por outro lado, põe em evidência novas problemáticas a serem superadas (Figueiredo & Santos, 2008), muitas delas por meio da formação profissional. Todos esses aspectos justificam uma análise da singularidade do processo formativo em questão.

Vale observar, aqui, que definimos uma das turmas do Curso de Especialização em Saúde da Família – a turma B, da qual participamos como apoiadores – como nossa unidade de estudo, para possibilitar a identificação dos diversos fatores que incidem em sua conformação singular e permitir uma análise contextualizada e em profundidade. Como já pontuamos anteriormente, procuramos partir da compreensão da singularidade do processo desenvolvido nessa turma para vinculá-la às tradições teóricas que assumimos e, assim, levantar proposições que possam subsidiar outros processos de formação e a construção de práticas clínicas ampliadas e compartilhadas.

4.3 O campo: turma B e o contrato da pesquisa

Considerando a inserção da pesquisadora como apoiadora/professora horizontal de uma das turmas do curso – a turma B –, a pesquisa se circunscreveu na análise das

produções desta turma em específico, privilegiando a abrangência da compreensão da dinâmica de trabalho neste grupo e o aprofundamento de uma análise processual. Focalizar a análise no processo vivido por uma única turma possibilitou, além de trabalhar com as percepções e falas dos profissionais, diversificar as estratégias de produção do material de pesquisa para tentar captar algumas sutilezas na relação entre os profissionais e entre profissionais e usuários, as quais seriam difíceis de serem representadas somente através do discurso, como detalharemos mais adiante.

Agora é importante caracterizar, de forma geral, nossa unidade de análise. A turma B foi constituída, inicialmente, por 25 alunos/profissionais dos Distritos de Saúde Leste, Sudoeste e Noroeste de Campinas, sendo 9 enfermeiros e 16 médicos. No decorrer dos 19 meses de curso, houve desistência por parte de 5 alunos, por questões distintas e em fases diferentes do curso, de modo que, ao final, 20 profissionais receberam o título de especialistas em Saúde da Família.

Como já apontado em sessão anterior, o agrupamento dos profissionais nas turmas visava à composição de duplas entre médicos e enfermeiros de uma mesma equipe ou Unidade de Saúde, embora em alguns casos isso não tenha sido possível pelas dificuldades de organização da agenda em algumas Unidades (para detalhes sobre a composição da turma, ver anexo XI).

A turma era coordenada por dois apoiadores/professores horizontais, sendo um deles a própria pesquisadora, com formação em psicologia e saúde coletiva, com ênfase na área de planejamento e gestão. O outro apoiador era médico pediatra, com formação em saúde coletiva, planejamento e gestão em saúde. O aluno que exercia o papel de tutor da

Secretaria Municipal de Saúde na turma B era um médico generalista de um dos Centros de Saúde do Distrito Leste.

Os encontros dessa turma ocorriam semanalmente às terças-feiras, das 13 às 17hs, sempre numa mesma sala – ampla e com boa infra-estrutura – na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Já no primeiro encontro, após a apresentação dos participantes e do itinerário profissional de cada um, foi construído coletivamente um contrato que visava pactuar a dinâmica de funcionamento do curso em geral e dos encontros grupais em particular, e incluiu combinados sobre: a escolha, a apresentação e a discussão dos casos; a construção dos Projetos Terapêuticos e/ou de Intervenção; a necessidade dos alunos/profissionais envolverem sua equipe de trabalho na construção e acompanhamento dos Projetos; a forma de avaliação no curso; entre outras questões.

Por meio da apresentação dos itinerários profissionais no primeiro encontro e da aplicação de um questionário para identificação do perfil e das necessidades dos alunos/profissionais, foi possível observar que a turma era bastante heterogênea em termos de formação e experiência profissional. Havia alguns que já possuíam formação em saúde coletiva ou em saúde da família, outros com formação mais generalista em clínica, homeopatia, pediatria, geriatria e outros em áreas especializadas, como endocrinologia, pneumologia, psiquiatria, radiologia. Havia profissionais com vários anos de experiência de trabalho, havia os que trabalharam em diferentes contextos e tipos de serviço, os que possuíam longo percurso num mesmo serviço, os que já trabalharam na gestão, os que só trabalharam com saúde da família e os que haviam se formado recentemente. No geral, no entanto, as expectativas com relação ao curso confluíam para a necessidade de qualificarem

sua prática clínica para o trabalho atual no contexto do Programa de Saúde da Família de Campinas.

A dinâmica dos encontros quase sempre funcionou como já foi descrito na sessão destinada ao desenho geral do curso: na primeira parte dos encontros o grupo discutia o caso trazido por um dos participantes, que deveria sistematizar as propostas levantadas, levar para discussão com sua equipe no serviço e, a partir disso, construir um Projeto Terapêutico ou de Intervenção e seguir com o acompanhamento do caso durante o curso. Na segunda parte dos encontros ocorriam as ofertas teóricas sistematizadas sobre temas específicos da clínica e da gestão, que eram dadas por professores com inserção vertical no curso ou pelos próprios apoiadores/professores horizontais. Uma vez ao mês, essa segunda parte dos encontros era reservada para os seminários abertos sobre temas que emergissem de acordo com a dinâmica da turma (ver cronograma de ofertas teóricas – anexo III, e dos seminários abertos – anexo IV).

Nossa decisão por configurar como objeto de pesquisa a experiência de aplicação do Apoio Paidéia nesse curso e nessa turma – ou como diria Gadamer (2003), o destaque do objeto – deu-se apenas por volta do início do ano de 2009, isto é, quando metade do período previsto para o curso já havia sido transcorrida (início em Maio/2008 e término em Novembro/2009). A possibilidade de desenvolver uma pesquisa sobre uma intervenção já em andamento foi discutida em supervisão com os apoiadores e coordenadores do curso, especialmente junto à dupla de apoiadores da turma B, além de ter sido ponderada no contexto de nosso grupo de pesquisa. Quais seriam as possíveis implicações para a dinâmica do grupo já constituído, que não havia pactuado a pesquisa desde o início do curso e que, concordando ou não com a realização da pesquisa, seguiriam como alunos?

Nas reflexões com o coletivo gestor do curso havia consenso sobre a importância e o grau do vínculo construído entre os apoiadores e os alunos/profissionais, de modo que definimos que a ação mais coerente com os objetivos principais do processo formativo – apoiar o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de analisar e intervir na realidade – seria apresentar a proposta da pesquisa ao próprio grupo, que poderia analisar a pertinência e implicações da pesquisa e decidir sobre a participação (ou não) de acordo com os interesses individuais.

Sendo assim, primeiramente o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCM (anexo XII) e pela SMS-Campinas (anexo XIII), e a proposta da pesquisa foi apresentada à turma B em Maio de 2009, depois de transcorrido exatamente um ano de curso. A apresentação apontava claramente que os profissionais tinham liberdade para decidirem se participariam ou não, decisão essa que não representaria qualquer tipo de prejuízo, especialmente com relação à inserção dos profissionais como alunos do curso. Após esclarecimento de algumas dúvidas, houve anuência por parte de todo o grupo quanto à realização da pesquisa. Todos os membros assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – anexo XIV), permitindo que utilizássemos o material produzido no curso como fonte de informações e concordando em participar das outras etapas da pesquisa. Também permitiram, sem levantar quaisquer problemas, que as discussões de caso passassem a ser áudio-gravadas para facilitar a retomada de seu conteúdo e análise.

4.4 Estratégias para produção do material empírico: polifonia e diversificação das fontes de informação

Retomando nosso objetivo de avaliar os efeitos desse curso nas práticas profissionais e analisar a eficácia do Apoio Paidéia, nos colocamos uma série de questões metodológicas: Como mensurar ou avaliar mudanças no modo de pensar e no modo de agir dos sujeitos? Como identificar essas mudanças, já que mudar é um fenômeno processual e já que é possível que uma intervenção produza efeitos somente *a posteriori*? Seria possível e desejável para a pesquisa uma observação rigorosa do modo de trabalho dos profissionais antes e depois do curso, como uma tentativa de “objetivar” tais mudanças? Como saber se as mudanças observadas foram desencadeadas pela participação no curso e não por outros fatores determinantes? Diante dessas questões, consideramos que nosso estudo não poderia prescindir de uma avaliação que emergisse desde os pontos de vista, percepções e discursos dos próprios profissionais participantes.

Inspiramo-nos no referencial da avaliação participativa e utilizamos alguns de seus instrumentos, assumindo a premissa de que avaliar significa, em última instância, emitir um juízo de valor, o que implica a necessidade de ampliar e diversificar os eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos, ou seja, incluir diferentes óticas para que a avaliação não se torne arbitrária (Furtado, 2001). Devem, portanto, ser incluídos na avaliação os diferentes pontos de vista dos grupos envolvidos com o processo avaliado, os quais emitirão seus distintos e eventualmente divergentes julgamentos. Os grupos envolvidos, comumente chamados *stakeholders* ou *grupos de interesse* (idem, *ibidem*), são os grupos ou pessoas que têm características comuns e que têm algum interesse na performance, no

produto ou no impacto do objeto da avaliação, isto é, que estão de alguma maneira envolvidos ou serão potencialmente afetados pelo processo avaliativo.

O campo da avaliação participativa se desenvolveu no final da década de 1980, a partir do trabalho de Guba & Lincoln (1989), que propuseram a negociação entre o avaliador e os atores envolvidos no processo avaliado, a fim de superar as seguintes limitações dos paradigmas até então existentes: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de incorporar o pluralismo dos atores envolvidos; a hegemonia do paradigma positivista; a desconsideração do contexto; a grande dependência de medições quantitativas, eliminando caminhos alternativos para se pensar o objeto da avaliação; e a não responsabilização do avaliador pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados. Assim, a proposta de uma avaliação inclusiva e participativa visa considerar várias ordens de problemas e superar as avaliações instrumentais baseadas em normas fixas e pré-definidas, incorporando os diferentes pontos de vista e ampliando as possibilidades de utilização dos resultados para a reformulação das práticas (Furtado, 2001; Guba & Lincoln, 1989).

É preciso ressaltar que nosso estudo não se caracterizou como uma avaliação participativa em sentido estrito, já que esta pressupõe, além da amplitude da participação de diferentes atores sociais, o engajamento dos sujeitos participantes nas várias etapas do processo: na definição de questões, na coleta e análise de dados, na difusão e utilização dos resultados da avaliação (Furtado, 2011)³⁰. Porém, pautando-nos numa “ética participativa”, coerente com o Método Paidéia, buscamos incluir diferentes grupos de interesse e

³⁰ Concordamos com o autor, quando adverte que o desenvolvimento dos processos participativos em avaliação requer um aumento dos gradientes de participação, por meio do aprofundamento da inserção dos grupos de interesse em fases tradicionalmente refratárias à inclusão de não especialistas, como a análise de dados e a elaboração de recomendações.

diversificar as fontes de informação para trazer diferentes perspectivas em torno dos efeitos do curso.

Utilizamos um amplo leque de instrumentos, tentando entrelaçá-los e produzir triangulações (Minayo *et al*, 2005). Por um lado, incluímos outros grupos de interesse que indiretamente acompanharam o processo formativo, a fim de ampliar a polifonia do estudo e, por outro, utilizamos diferentes instrumentos para a produção do material empírico, na tentativa de estabelecer conexões entre os discursos e significados dos sujeitos e a identificação da efetiva concretização de mudanças em suas práticas.

Cabe ressaltar que, por nossa implicação com a proposta metodológica de Apoio Paidéia, com as diretrizes da clínica ampliada e da co-gestão, bem como por nossa inserção como apoiadores no curso, nossas vozes também estiveram presentes. Já apontamos nossa preocupação em questionar permanentemente nossos preconceitos e demonstraremos, mais adiante, o nosso cuidado em arquitetar um desenho de pesquisa que permitisse trazer as vozes dos sujeitos participantes, acrescentando e explicitando, em momento oportuno, nossas próprias construções.

Destacamos que a multidimensionalidade do percurso metodológico permitiu ampliar o rigor e a validade de nossas análises e interpretações. Procuramos obter uma cobertura extensa e aprofundada de nosso objeto por meio de uma grande variedade de informações, adotando, como critérios de combinação destas, os próprios conceitos e teorias que sustentam a pesquisa. Conforme aponta Hartz (1999), não foi a multiplicação de pontos de vista ou a justaposição de instrumentos que contribuiu para o rigor e a validade, mas nossa busca por integrá-los em torno da lógica de um “referente comum” (os alunos/profissionais) e também em função de nosso referencial teórico.

Detalharemos, agora, os diferentes tipos de instrumentos que utilizamos, os quais podem ser agrupados em dois conjuntos de fontes de informação: o material produzido no âmbito do próprio curso e o material produzido especificamente para a pesquisa.

O material produzido no âmbito do curso

- ✓ As avaliações periódicas já previstas desde o início do curso. Tais avaliações eram referentes aos alunos e ao próprio curso, sua metodologia e apoiadores/professores horizontais, e como já descrevemos, foram efetivadas por meio de diversos instrumentos. Destes, utilizamos apenas as duas rodadas de grupos focais, que ocorreram no segundo e terceiro momentos avaliativos (Julho e Novembro/2009).
- ✓ Selecionamos um caso discutido no curso e o respectivo Projeto Terapêutico construído, a fim de focalizar e aprofundar a análise sobre as intervenções dos alunos/profissionais.

A escolha desse caso teve como critérios:

1) o fato de que era um dos casos que evidenciavam de forma mais emblemática o tema da ampliação da clínica para a dimensão da subjetividade; 2) o interesse e a disponibilidade do aluno/profissional responsável e da sua equipe de trabalho para participarem de uma discussão com a pesquisadora sobre as intervenções realizadas³¹.

Nossa análise sobre as intervenções realizadas junto ao caso se baseou em informações de que já dispúnhamos no contexto do curso:

- as gravações em áudio das discussões do caso no grupo;

³¹ Inicialmente essa seleção era mais ampla. Contávamos com cinco casos que pretendíamos analisar, mas com a intensidade e densidade presentes no caso que apresentaremos adiante, nos convencemos de que ele seria suficiente para cumprir com nossos objetivos.

- as anotações dos apoiadores sobre as reflexões e análises dos alunos/profissionais durante as discussões, a dinâmica grupal, assim como as análises sobre o processo pedagógico realizadas nas reuniões de supervisão dos apoiadores;

- o material registrado pelo aluno/profissional no TelEduc sobre o caso, a construção do PTS e seu acompanhamento em parceria com a equipe;

- o trabalho de conclusão de curso (TCC) do aluno/profissional.

Além dessas informações já existentes sobre o caso, realizamos uma discussão com a Equipe de Referência por ele responsável, como veremos a seguir.

Instrumentos criados especificamente para a pesquisa

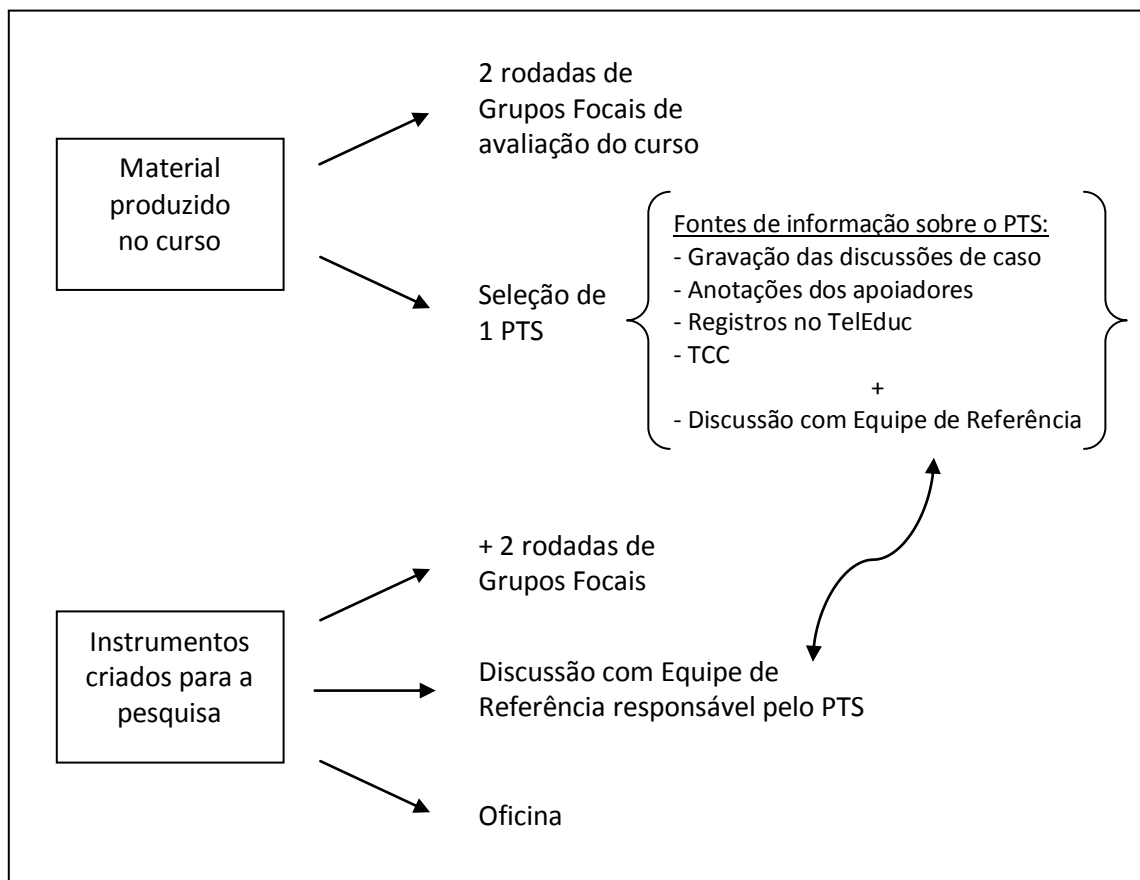
Independente da realização da pesquisa, todo o material acima descrito já estava previsto para ser produzido no contexto pedagógico do curso. A partir daqui entram em cena outras estratégias criadas em função dos objetivos da pesquisa:

- ✓ Mais duas rodadas de grupos focais, a fim de discutir com maior profundidade o tema da subjetividade na clínica.
- ✓ Uma discussão com a Equipe de Referência responsável pelo caso que selecionamos para analisar, a fim de reconstruir o itinerário das intervenções realizadas. Essa equipe não participou do curso, mas acompanhou indiretamente o processo formativo de seu colega de trabalho e, por essa razão, consideramos relevante ouvir suas percepções sobre os possíveis efeitos do curso e eventuais reverberações na própria equipe.

- ✓ Uma oficina para construção de um material teórico-prático sobre abordagem ampliada e compartilhada com os alunos/profissionais que participaram dos grupos focais específicos da pesquisa.

Toda essa fase do trabalho de campo foi realizada fora do horário e do contexto do curso, e ocorreu entre os meses de Outubro e Novembro/2009, antes de seu término, de modo a facilitar a participação dos alunos/profissionais e da Equipe de Referência.

Para tornar mais clara nossas fontes de informação e a combinação dos instrumentos para a produção do material empírico, elaboramos o quadro 2:



Quadro 2: Fontes de informação e combinação de instrumentos para produção do material empírico

A seguir, apresentamos uma conceituação da técnica de grupos focais e o modo como operacionalizamos tanto os grupos realizados no âmbito do curso, como os específicos da pesquisa. Na sequência, descreveremos as outras estratégias: a discussão com a equipe para reconstrução do itinerário de intervenções junto ao caso selecionado e a oficina para construção do material teórico-prático.

4.4.1 Os grupos focais: descrição da técnica e de como procedemos

A técnica de grupos focais tem sido usada em investigações nas áreas educacionais, de saúde e das ciências sociais, com a finalidade de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir do ponto de vista dos grupos neles envolvidos (Westphal, Bógus & Faria, 1996; Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 2004). Essa técnica parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns e se caracteriza pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, atitudes e valores dos participantes sobre um tema específico. Eles devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo a trazer elementos ancorados em seu cotidiano (Westphal, Bógus & Faria, 1996; Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 2004; Gatti, 2005).

Os grupos focais permitem verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno, além de possibilitar a observação dos consensos e das divergências existentes (Westphal, Bógus & Faria, 1996; Morgan, 1997). Além disso, a interação grupal proporciona que comentários de uns façam emergir a opinião de outros, o que configura uma construção coletiva (Gatti, 2005; Gondim, 2002). Os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real

de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica grupal e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (Westphal, 1992).

O papel do moderador é fundamental na condução da discussão. Ele deve criar uma atmosfera não ameaçadora, manter a discussão focalizada no assunto, encorajar que todos contribuam e solicitar maiores informações quando a discussão não estiver clara. Deve resumir e devolver ao grupo, periodicamente, as idéias básicas resultantes das discussões, para encadear os assuntos e solicitar maiores esclarecimentos (Westphal, 1992). No entanto, o moderador não deve tomar posicionamentos na discussão, fechando alguma questão; pelo contrário, é necessário ter habilidade para controlar seus julgamentos e censuras, criando condições para que a discussão flua. Seu papel é de facilitar as discussões, devendo estar atento aos jogos de influência que surgem em torno das opiniões. É sua função chamar a atenção para os argumentos discordantes quando o grupo tende a ignorá-los para formar uma unidade em torno das idéias comuns. A unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo, o que significa que todas as idéias esboçadas são atribuídas ao grupo (Gondim, 2002).

A literatura prevê que os grupos focais sejam coordenados por alguém que não esteja envolvido com o tema investigado, a fim de evitar possíveis interferências no curso da discussão. No entanto, há diversos relatos de pesquisa (Furtado, 2001; Figueiredo, 2006; Ferrer, 2007; Miranda *et al*, 2008; Miranda, 2009) em que a condução dos grupos focais é feita pelo próprio pesquisador ou por membros da equipe de pesquisa, o que pode favorecer o enfoque das questões de principal interesse e ainda permitir que o pesquisador contribua com outras sínteses a partir de suas próprias leituras prévias sobre o tema.

O moderador deve contar com o auxílio de um observador, que estará atento para as comunicações não-verbais, anotando as contribuições de cada um, as conversas paralelas, os momentos que parecem significar unanimidade ou discordância, entre outros aspectos relevantes (Westphal, 1992). Além disso, para garantir a preservação das informações coletadas, a discussão deve ser gravada em áudio, com a autorização dos participantes.

Para o planejamento desses grupos é necessário definir sua categorização, sua composição e um roteiro de questões de interesse para a discussão. Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes é intencional, e se baseia na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua construção social da realidade. Essa realidade está intimamente relacionada à forma como os indivíduos se posicionam em relação às questões propostas. Nesse sentido, a autora defende que a composição dos grupos focais deve, preferencialmente, privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Aqueles mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, na medida em que cada grupo elabora e esmiúça as questões em discussão a partir de seu lugar específico. Ademais, a homogeneidade é desejável para facilitar a interação grupal (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 2004), ao passo que a heterogeneidade e as diferenças marcantes em termos de educação, papéis sociais ou autoridade podem inibir as relações. No entanto, a opção pela homogeneidade ou heterogeneidade dos grupos depende dos propósitos do pesquisador e do contexto onde os encontros forem realizados. Independente do critério adotado para definir a composição dos grupos, a literatura prevê que os dados sejam obtidos por mais de um grupo, com

características diferentes para permitir a identificação e compreensão de percepções diferentes (Westphal, Bógus & Faria, 1996).

Geralmente o moderador da discussão se vale de um roteiro composto por um conjunto de tópicos ou questões abertas, que focaliza os temas de interesse da pesquisa. Esse roteiro, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serve como guia para o moderador coordenar a discussão (Westphal, 1992). Como se trata de uma discussão grupal, e não uma entrevista em grupo, o roteiro deve ser flexibilizado. Não há seqüência rígida de tópicos, eles muitas vezes vão emergir espontaneamente a partir do andamento da própria discussão, ou poderão ser introduzidos pelo moderador, que irá encadear um tópico a outro e aprofundar as questões discutidas.

Como já mencionamos, utilizamos os dois grupos focais de avaliação realizados no âmbito do curso, dos quais participaram todos os alunos/profissionais da turma B e, além disso, propusemos mais duas rodadas de grupos focais, agora aos alunos/profissionais que demonstraram interesse e disponibilidade em seguir participando da pesquisa. Tanto os grupos realizados no âmbito do curso como os da pesquisa seguiram a mesma dinâmica: uma primeira rodada em que a discussão era norteada por eixos temáticos organizados num roteiro, e uma segunda rodada, em que era apresentada ao grupo uma narrativa construída a partir da transcrição daquela primeira discussão. Em todos os grupos procurou-se seguir a técnica recomendada pela literatura para estimular as construções grupais. As discussões foram áudio-gravadas, com o consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas. Cada participante recebeu um crachá numerado e sua identificação na transcrição da gravação se deu através desses números. Cada grupo contou com um moderador, que apresentava os temas de interesse e focava o debate, e uma pessoa responsável por observar

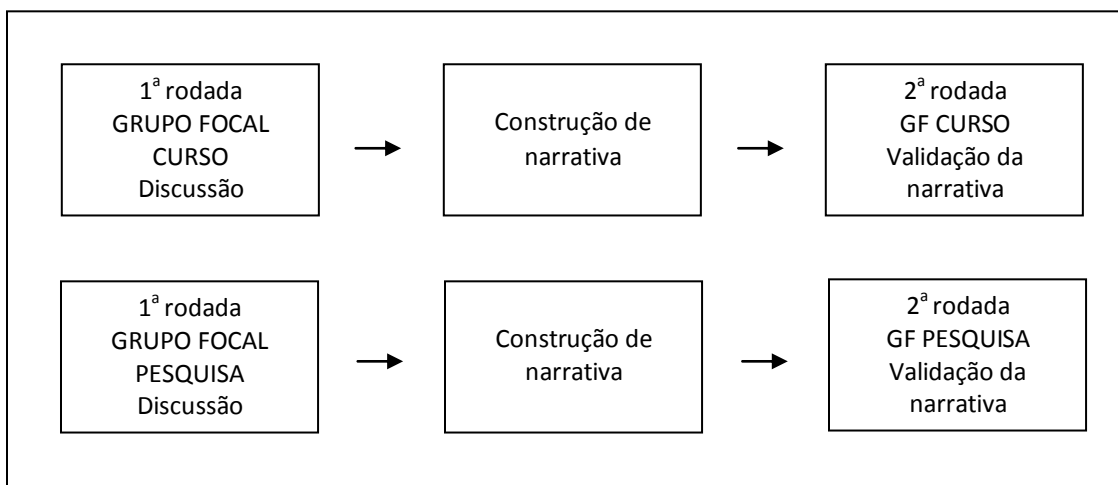
e registrar a dinâmica do grupo e as expressões não-verbais, além de anotar o início da fala de cada participante a fim de auxiliar no processo de transcrição da gravação.

Na primeira rodada, o moderador possuía um roteiro de eixos temáticos para nortear a discussão, de modo a garantir que os temas de interesse fossem enfocados. No caso do primeiro grupo focal do curso, o roteiro continha temas amplos sobre o processo formativo (anexo X). Já para o primeiro grupo focal da pesquisa, procuramos compor um roteiro que permitisse um aprofundamento das reflexões em torno de nosso objeto (anexo XV). Mas de qualquer forma, o roteiro era apenas um guia para orientar a condução da discussão, e não um conjunto de perguntas a serem respondidas. Os eixos temáticos serviram, portanto, de balizadores para que o moderador pudesse, sempre que necessário, focalizar a discussão, porém não atuaram como níveis fechados ou estanques, tendo sido estimulada a emergência de outros temas considerados relevantes pelos próprios participantes.

Para trabalhar com o material produzindo nessa primeira rodada, optou-se por construir narrativas das discussões, pois isso permitiria alinhar as linhas argumentativas presentes nos discursos, de modo a organizar um texto que contemplasse os principais pontos discutidos, mantendo os sentidos construídos pelos grupos, a presença de consensos e as discordâncias³². Desse modo, na segunda rodada de grupos focais (tanto do curso como da pesquisa), a narrativa da discussão anterior era apresentada ao grupo como forma de devolutiva das informações levantadas e de validação do material construído. Após a leitura conjunta da narrativa, os participantes eram convidados a comentar o texto, complementá-lo ou modificá-lo, em função do que consideravam mais pertinente para refletir o teor da discussão que haviam empreendido. Essa segunda rodada propiciou que o grupo refletisse

³² Esse processo será detalhado no tópico 5.4 deste capítulo.

sobre sua própria narrativa, de modo que pudesse se reconhecer ou não no texto construído, recolocar argumentos e se reposicionar diante do próprio discurso (ver quadro 3, abaixo).



Quadro 3: Desenho dos grupos focais

Os grupos focais do curso

Como tratavam-se de atividades previstas no programa e requisitos para a conclusão do curso, todos os alunos/profissionais da turma B participaram dos grupos focais de avaliação (21 alunos à época do primeiro grupo e 20 no segundo).

Na primeira rodada, realizada em Julho/2009, os apoiadores não participaram, para estimular que os alunos expressem suas opiniões com maior liberdade. Como a proposta era avaliar de forma abrangente a metodologia e os efeitos do curso, o roteiro foi composto pelos seguintes eixos temáticos: sobre as práticas clínicas e de promoção à saúde; sobre o trabalho em equipe; sobre a gestão; sobre a gestão de si mesmo e o “ser profissional de saúde”; sobre a metodologia do curso (anexo X). Já na segunda rodada, ocorrida em Novembro de 2009, o grupo focal foi moderado pelos apoiadores, já que esse era o

momento final do curso, em que a avaliação também deveria se constituir como momento de fechamento e balanço sobre o percurso. A narrativa da discussão anterior foi apresentada ao grupo como forma de devolutiva e foi complementada e validada. Neste momento os apoiadores e os alunos/profissionais tiveram a oportunidade de compartilhar suas respectivas avaliações sobre o processo de formação que estavam finalizando, identificar potências e limites do método utilizado, rever os acertos e as dificuldades encontradas no percurso e pensar juntos propostas e perspectivas futuras tanto para a manutenção do aprendizado, quanto para o desenvolvimento dos próximos cursos.

Os grupos focais da pesquisa

Na primeira rodada, realizada em Novembro/2009, participaram 12 alunos/profissionais que demonstraram interesse e disponibilidade em seguir participando da pesquisa. Como o papel da pesquisadora estava sobreposto ao de apoiadora, o grupo contou com um moderador com quem não possuía relação anterior, a fim de evitar que as discussões fossem demasiadamente influenciadas por essa dupla inserção. Antes de iniciar a discussão, o moderador apresentou a pesquisa e esclareceu o que seria realizado naquele momento. Para esse grupo, compusemos um roteiro com tópicos que pretendiam possibilitar um aprofundamento das reflexões sobre a prática clínica, as dificuldades e sentimentos despertados na abordagem das dimensões subjetiva e social dos usuários, a dinâmica de trabalho da equipe, entre outras questões para estimular que os participantes analisassem se e como sua experiência no curso contribuiu para lidarem com a dimensão da subjetividade na prática em saúde (anexo XV).

O segundo grupo focal da pesquisa, que ocorreu também em Novembro/2009, foi conduzido pela própria pesquisadora/apoiadora e contou com a participação dos mesmos 12 alunos/profissionais do grupo anterior. Nesta ocasião tivemos a oportunidade de avaliar, junto ao grupo, a pertinência de nossas primeiras análises e concepções, testando interpretações preliminares através da discussão com os próprios participantes. Semelhante ao que foi feito no curso, apresentamos a narrativa que construímos a partir da discussão feita no encontro anterior. Após a leitura conjunta, os participantes rediscutiram os pontos que julgaram necessário reformular, validando assim a narrativa. Nesse encontro também fizemos um convite aos profissionais para participarem de uma oficina na qual discutiríamos os conhecimentos, posturas e habilidades trabalhadas no curso que foram consideradas por eles como fundamentais para o aprimoramento de sua abordagem clínica dos aspectos subjetivos e sociais.

4.4.2 A discussão com a Equipe de Referência: itinerário das intervenções

Essa estratégia foi criada para que pudéssemos incluir sujeitos que não participaram diretamente do curso de especialização, mas que de alguma forma acompanharam o processo em seu cotidiano de trabalho. Como apontamos, cada aluno tinha como tarefa apresentar um caso para discussão no curso e em seguida discutir as propostas levantadas com sua equipe para que, juntos, construíssem um Projeto Terapêutico e seguissem acompanhando o caso. Dessa forma, julgamos oportuno trazer esses pontos de vista externos sobre as possíveis contribuições do curso para a prática dos profissionais que dele participaram, e eventuais reverberações em sua própria dinâmica de trabalho como equipe.

Definimos que essa discussão se daria a partir da reconstituição do itinerário das intervenções realizadas junto ao caso, para possibilitar a explicitação das práticas concretas desenvolvidas, dos avanços e das dificuldades em sua condução e na própria dinâmica da equipe. De acordo com os objetivos da pesquisa, selecionamos um caso que evidenciava, de forma mais emblemática, o tema da ampliação da clínica para a dimensão da subjetividade e realizamos um encontro com a Equipe de Referência desse caso, com a presença do gestor do Centro de Saúde e do aluno/profissional que acompanhou o caso durante o curso³³.

Após agendamento prévio com a equipe e com o gestor, o encontro ocorreu no mês de Outubro/2009, no próprio Centro de Saúde, durante o horário de reunião de equipe, de modo a viabilizar a participação do maior número possível de profissionais. Teve duração de cerca de uma hora e meia e foi áudio-gravado com o consentimento dos profissionais (anexo XIV).

Inicialmente apresentamos a pesquisa, os propósitos do encontro, e em seguida solicitamos que o aluno/profissional retomasse, com uma rápida apresentação, o caso acompanhado. Para nortear a discussão, fizemos uso de um roteiro de questões que visavam estimular os participantes a reconstituírem todo o itinerário das intervenções realizadas, desde antes de iniciarmos o curso e até aquele momento (anexo XVII).

Com isso, pretendíamos levantar quais eram as principais dificuldades sentidas pela equipe que determinaram a escolha daquele caso para ser discutido no curso, como era a relação da equipe com esse usuário e família, quais as ações que já haviam sido feitas e

³³ Tivemos a oportunidade de realizar discussões desse tipo com cinco equipes de diferentes Centros de Saúde, já que nossa pretensão inicial era trabalhar com cinco casos. Como decidimos por analisar apenas um, processaremos o material resultante das discussões com as quatro equipes restantes em outra oportunidade, na confecção de artigos ou capítulos de livro.

seus resultados antes da construção do Projeto Terapêutico. Procuramos estimular que a equipe refletisse sobre se houve, durante o curso, alguma mudança no entendimento do processo de adoecimento nesse caso e na abordagem dos componentes subjetivos e sociais, e que identificassem se adotaram alguma estratégia, atitude ou postura diferente, se houve alguma mudança na relação com esse usuário ou família, entre outras possibilidades, inclusive a ausência de quaisquer mudanças. Em suma, pretendíamos que a equipe avaliasse se e como o curso contribuiu para a condução desse caso específico, os eventuais efeitos na prática do colega que participou do curso e as eventuais ressonâncias dessa experiência para a equipe.

Em certa medida, a análise das intervenções realizadas durante o curso, tanto através dessa discussão com a equipe como através dos registros no TelEduc, permitiu subsidiar e complementar a análise do material produzido nos grupos focais. Pudemos, com isso, compor uma aproximação entre o discurso e as práticas cotidianas, combinando as diferentes percepções sobre a incorporação de novas formas de abordagem na clínica, com a objetivação e explicitação das formas de intervenção experimentadas pelo aluno e sua equipe no decorrer do curso junto ao caso acompanhado.

4.4.3 A oficina

Procuramos provocar, durante o processo investigativo, um reposicionamento dos alunos/profissionais, um deslocamento da suposta posição de pesquisados para serem também, eles mesmos, protagonistas e responsáveis pelo produto da pesquisa. Assim, nessa oficina, estimulamos que eles trouxessem contribuições advindas de sua própria experiência para a confecção de um material que sintetizasse o que desenvolveram no

processo formativo e que servisse como balizas para a prática de outros profissionais de saúde.

De acordo com Alvarez *et al* (2008), a oficina, como dispositivo metodológico de pesquisa, se constitui como espaço de expressão, produção e experimentação compartilhada. Seria um momento oportuno para potencializar a participação dos sujeitos e compartilhar os saberes e as práticas que estão em análise, possibilitando delinear encaminhamentos para as questões debatidas nas fases anteriores do processo investigativo. No nosso caso, a oficina teve como objetivo construir, coletivamente, um material teórico-prático sobre práticas ampliadas e compartilhadas, com ênfase na abordagem da dimensão da subjetividade. A proposta era que este material partisse do que os alunos/profissionais vivenciaram durante o curso de especialização e a própria pesquisa, e que pudesse ser facilmente acessado por outros profissionais de saúde no exercício de novas práticas na Atenção Básica.

O encontro foi conduzido pela pesquisadora/apoiadora e contou com 8 alunos/profissionais dos 12 que participaram dos grupos focais da pesquisa. Para iniciar a elaboração do material, retomamos todo o caminho percorrido no curso, as discussões nos grupos focais e o material construído através das narrativas. Fizemos um levantamento dos principais conhecimentos, atitudes, posturas, competências e habilidades que os profissionais consideraram terem desenvolvido ao longo do processo formativo, e os resumimos numa lista de tópicos (anexo XVI). Cada tópico continha um eixo teórico-prático abordado transversalmente no curso, tanto nas discussões de caso como nos momentos em que focávamos as ofertas teóricas, e se configuram como algumas

ferramentas conceituais e técnicas para se “estar-advertido”, como diria Oury (1991), para a subjetividade nas práticas clínicas.

Após esse levantamento, propusemos ao grupo que discutisse qual seria o formato do material a ser construído, e houve consenso de que ele deveria ser acessível, atrativo, de fácil manuseio e distribuição a uma ampla gama de profissionais, sendo apontadas como possibilidades a produção de história em quadrinhos, vídeo, folder ou folheto ilustrado. Combinamos que o conteúdo dos tópicos listados nesse encontro se constituiria como o esboço a partir do qual a pesquisadora sistematizaria o material.

Posteriormente, de acordo com as propostas do grupo e com os recursos técnicos e financeiros disponíveis, o material foi confeccionado pela pesquisadora na forma de um folheto ilustrado, contendo sugestões e orientações para a prática da clínica ampliada e compartilhada. Esse folheto foi enviado por email para os participantes, que validaram seu conteúdo e formato. Ele será apresentado somente ao final desse trabalho, como outra versão de nossas conclusões.

4.5 Análise e interpretação: a construção de narrativas

Para trabalhar com o material produzindo em campo utilizamos a construção de narrativas, tal como proposta por Ricoeur (1990; 1997). Baseamo-nos na produção de Onocko Campos (2005b; 2008) que, partindo desse autor, tem trabalhado com as narrativas como recurso interpretativo potente para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido em pesquisas. Trata-se de uma abordagem construtiva, que não busca somente compreender, mas também transformar, propor alternativas, buscar soluções.

Em *Construções em análise*, Freud (1975 [1937]) enfatiza que uma interpretação não se faz apenas esmiuçando o discurso, ele afirma que uma função do psicanalista é a de alinhar os fragmentos da história primitiva trazidos pelo paciente para produzir com ele um sentido, restabelecer de modo coerente a significação global de sua história infantil e inconsciente. Sua tarefa é a de completar aquilo que foi reprimido e que chega à consciência dividido em fragmentos, ou seja, construí-lo, recompondo então uma organização suposta da história do sujeito. Retomando a interpretação em Freud e relacionando-a com o trabalho interpretativo em pesquisas, Onocko Campos (2005b; 2008) aponta que a interpretação deve ser composta por dois movimentos: a análise e a construção. A análise seria o movimento da fragmentação, o trabalho de esmiuçar os fenômenos e as informações para poder compreendê-los. E a construção seria a dimensão necessária para alinhar os fragmentos, organizar o material para elaborar linhas de sentido que possam contribuir como saídas para os problemas encontrados. Para Ricoeur (1997), esse processo construtivo é uma característica da composição narrativa e corresponderia ao agenciamento dos fatos: a composição de um enredo que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

Nossa escolha pela abordagem narrativa apoiou-se em algumas proposições feitas por esse autor. A primeira delas é que a narrativa possibilita recuperar a perspectiva da *práxis* humana. Para ele, se uma ação pode ser narrada é porque ela já está articulada em signos e normas, ou seja, já está inserida no mundo pelo agir social e está simbolicamente mediatizada. “*O que é ressignificado pela narrativa é o que já foi pré-significado no nível do agir humano*” (Ricoeur, 1997: p.124), ou seja, contar uma história, ou escrever uma narrativa, significa pré-compreender o que ocorre com o agir humano. A segunda é que a

transposição do campo prático por meio da narrativa evidencia sua função de ligação, de construção. Compor uma narrativa é, no dizer do autor, operar um *agenciamento dos fatos*, encadear os acontecimentos com certa coerência e com uma causalidade possível, “(...) é *fazer surgir o inteligível do acidental, o universal do singular, o necessário ou verossímil do episódico*” (Op. Cit.: p.70). Assim, além da função de ruptura que pressupõe uma análise, procuramos operar construções, o que é fundamental nas pesquisas em saúde e, sobretudo, nas vinculadas à área de políticas, planejamento e gestão. Isso nos leva à terceira proposição feita por Ricoeur (idem, ibidem), que orientou nossa escolha por essa abordagem. Para ele, a narrativa só tem seu sentido realizado quando é restituída ao mundo do agir, quando a narrativa é levada ao leitor – estágio que corresponde ao que Gadamer (2003) nomeia como aplicação. Portanto, além da busca por compreender o que a nós foi dito durante o trabalho de campo, procuramos também produzir efeitos de intervenção ao devolver as narrativas construídas aos sujeitos da pesquisa e, a partir de suas leituras e contribuições, fazer proposições para o campo da formação em saúde.

Conforme relatamos anteriormente, após a realização da primeira etapa de grupos focais (do curso e da pesquisa), transcrevemos as gravações e, a partir delas, construímos narrativas. Nelas mantivemos as falas, sentidos e nexos causais que foram originalmente criados pelos sujeitos, além de preservar a existência dos consensos e discordâncias que apareceram nas discussões. Utilizamos a *primeira pessoa do plural*, tentando compor um texto que refletisse os traços de identidade de cada grupo. As narrativas representam, assim,

o discurso do grupo, cujas linhas argumentativas foram apenas *organizadas* pela pesquisadora³⁴.

A partir disso, fizemos outro movimento: em um segundo encontro com os mesmos grupos, apresentamos essas narrativas e convidamos os sujeitos a complementá-las, corrigi-las e validá-las. E ao optarmos por devolver as narrativas e permitir que os sujeitos pudessem nelas se reconhecer ou não, visávamos operar os possíveis efeitos de intervenção que Freud (1975 [1937]) atribuía às construções, isto é, o analista, ao completar os fragmentos de história trazidos pelo paciente e comunicar suas construções, oferece um sentido que pode ou não ser confirmado por este, mas que certamente produzirá efeitos no percurso da análise.

Também construímos uma narrativa da discussão realizada com a Equipe de Referência no Centro de Saúde, mas nesse caso optamos por não apresentá-la após sua elaboração escrita. Agenciar um novo encontro para a leitura das narrativas, embora pudesse enriquecer nosso trabalho, extrapolaria os limites e intenções da pesquisa e, além disso, pareceu-nos que retomar o que já fora discutido seria dispendioso para quem não esteve envolvido em todo o processo e, de outro lado, seria redundante para o aluno/profissional, que já havia discutido o caso em diversos momentos do curso e participado dos grupos focais. De todo modo, procedemos de forma semelhante para transformar em narrativas as transcrições dos encontros com todos os sujeitos da pesquisa. Sobre elas, posteriormente, realizamos as nossas análises (na verdade novas construções, ou a nossa própria narrativa), necessárias à conclusão do trabalho investigativo. Isso permitiu-nos

³⁴ Evidente que a própria organização das linhas argumentativas presentes na transcrição das discussões implica na escolha de trechos, pontos de destaque e omissões, que remetem à leitura da pesquisadora e por isso já sugerem alguma interpretação. Mas é preciso que fique claro que, no momento em que organizamos (construímos) o texto narrativo, ainda não colocamos *deliberadamente* nossas análises e interpretações.

conjugar os pontos de vista dos sujeitos da pesquisa, com nossos próprios pressupostos e interesses.

Para adentrar na fundamentação da abordagem narrativa como modo de interpretação de nosso material, é preciso retomar brevemente a produção teórica de Ricoeur (1990; 1997) e sua busca por superar a contradição entre teoria crítica e hermenêutica. Retomando as relações entre ciência e ideologia, ele recusa a existência de antinomia entre o pensamento crítico (que para alguns pensadores pode gerar um distanciamento alienante) e o recurso à tradição (que para outros pode significar participação por pertença), e propõe superar esse impasse sugerindo que a dialética entre essas duas instâncias seja a mola para uma *hermenêutica crítica*. Essa dialética seria possível por meio do texto, que é o paradigma do distanciamento na comunicação e revela o caráter fundamental da historicidade humana.

Para o autor, a fixação do discurso na escrita produz um distanciamento que favorece a compreensão e a crítica. Na escrita, a comunicação se dá *na e pela* distância, não há situação comum ao escritor e ao leitor. Assim, a escrita torna o texto relativamente autônomo em relação às intenções do autor, isto é, o que o texto significa não coincide mais (necessariamente) com aquilo que o autor quis dizer. O texto transcende suas condições de produção e se abre, assim, a sucessivas leituras que podem estar situadas em diferentes contextos sócio-culturais. Então, o texto deve poder descontextualizar-se para depois ser recontextualizado numa nova situação. Nas palavras de Ricoeur, “*graças à escrita, o ‘mundo’ do texto deve fazer explodir o mundo do autor*” (1990: p.53), e é nessa libertação do texto de suas condições de produção que está a instância crítica da interpretação. Revela-se, aqui, sua visão positiva do distanciamento como mediação. O distanciamento

não é um produto da metodologia (e por isso algo de agregado ou parasitário), mas é constitutivo do fenômeno do texto como escrita, e ao mesmo tempo, é também a condição para a interpretação.

Além disso, não há discurso que não vá ao encontro da realidade, “(...) *o discurso é sempre discurso a respeito de algo: refere-se a um mundo que pretende descrever, exprimir ou representar (...) é a vinda à linguagem de um mundo*” (Ricoeur, 1990: p.46). E para a interrogação hermenêutica, interessa o tipo de mundo que é aberto pelo texto, o que possibilita que a hermenêutica comporte uma crítica do real. O centro de gravidade da questão hermenêutica, portanto, é o mundo da *práxis* que o texto abre – o que Ricoeur denomina como *mundo da obra*, enfatizando a dimensão da prática, da produção e do trabalho. Uma hermenêutica crítica, portanto, deve buscar discernir o discurso na obra, que é a objetivação de uma *práxis* e revela o tipo de ‘ser-no-mundo’ do texto.

Assim, o que deve ser interpretado é essa proposição de mundo, a reatualização, na leitura, do mundo próprio àquele texto. No entanto a interpretação de um texto não pode ser definida pela procura das intenções que se dissimulam por *detrás* dele, já que o distanciamento pela escrita desmorona o mundo do autor e de suas intenções. Para Ricoeur, interpretar um texto é explicitar o que se manifesta *diante* dele. A proposição de mundo a ser buscada, “*não se encontra atrás do texto, como uma espécie de intenção oculta, mas diante dele, como aquilo que a obra desvenda, descobre, revela*” (1990: p.58). Então, para discernir o discurso na obra, é preciso buscá-lo nas próprias estruturas da obra e por elas, não em algo que está latente, mas naquilo que se manifesta.

Vale destacar que Ricoeur trata da interpretação de textos escritos e que, ao valermos-nos de seus pressupostos para interpretar nosso material de pesquisa, não estamos

nos contrapondo à técnica psicanalítica de interrogar o discurso latente à procura de conteúdo inconsciente. Trata-se, antes, de uma opção ética, já que nossa aproximação aos sujeitos da pesquisa pressupunha disposições diversas das assumidas num processo psicanalítico. Portanto, para construir as narrativas das discussões que fizemos em campo, não procuramos por trás do que foi falado, um sentido oculto. Não fomos buscar “o que quiseram dizer” ou “o que disseram sem querer”, mas organizamos o que foi dito (Onocko Campos, 2008). A partir das transcrições das discussões gravadas, tentamos compor um encadeamento dos argumentos relativos às questões de interesse da pesquisa, tentando evidenciar o tipo de mundo contido nos discursos.

Kristeva (2002) nos diz que a narrativa exerce uma função essencial para a humanidade, que é a de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir e muni-los de um “quem” e um “quando”, tornando-os passíveis de serem reconhecidos e vividos. Para a autora, a vida é propriamente humana porque pode ser narrada, pois é pela narrativa que os fatos são transformados em experiências partilhadas com os outros. Nesse sentido, podemos dizer então que, pela mediação de nossa leitura e organização textual, pudemos fazer emergir dos emaranhados de idéias e da densidade das discussões, um sentido compartilhado que refletisse uma identidade (um quem) e uma temporalidade (um quando), construídas coletivamente em cada grupo.

Em sua obra *Tempo e Narrativa*, Ricoeur (1997) parte das reflexões de Santo Agostinho sobre a natureza do tempo e da *Poética* de Aristóteles para formular sua tese de que “o mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal. (...) o tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo; em compensação, a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da

experiência temporal” (Op. Cit.: p.15). Conforme detalharemos a seguir, o autor sugere que uma narrativa deve aprofundar a temporalidade para representar a experiência humana, o que seria possível por meio da escolha intencional do encadeamento dos fatos e da composição de um enredo inteligível.

A partir de Agostinho, o autor demonstra que o tempo tem uma natureza psicológica, já que ele só pode ser definido ou medido através da experiência subjetiva da memória do passado e da espera do porvir. Não é possível medir um instante presente, pois o presente não tem extensão. Portanto, “*o que medimos é de fato o futuro compreendido mais tarde como espera e o passado compreendido como memória*” (Op. Cit.: p.25). Mas passado e futuro são qualidades temporais que só podem existir no presente, pois é só no momento que o tempo passa que ele pode ser por nós percebido e medido. Então são sempre o passado ou o futuro, tal como o sujeito os concebe no presente, que serão narrados.

Assim, o tempo é representação, é definido como *experiência* temporal. E a narrativa é a representação mais clara do tempo, pois, como somente o que pode ser narrado são a lembrança presente das coisas passadas e a esperança presente das coisas futuras, a narrativa revela inevitavelmente o caráter temporal da experiência humana.

Da *Poética* de Aristóteles, Ricoeur resgata os conceitos de *Mimese* (imitação ou representação da ação) e *Muthus* (composição ou agenciamento dos fatos). Para ele, a *Mimese* é a representação do campo prático através da narrativa. E a composição da narrativa corresponde àquilo que Aristóteles chamava *Muthus*: o agenciamento dos fatos, a composição do enredo (intriga) que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

O *Muthus* pressupõe uma totalidade, ele deve ter princípio, meio e fim, enquanto enredo que narra uma ação completa. Mas a seqüência que completa a totalidade do *Muthus* não é necessariamente linear. A narrativa poética seria diferente da narrativa histórica, já que, enquanto esta última procura narrar os fatos ocorridos em um determinado período de tempo, mesmo que um não tenha relação com o outro, a narrativa poética procura narrar os fatos que representem e articulem uma *ação completa* e não um período de tempo completo (Vieira, 2001). A ordem pode ser inventada, a arte de compor consiste em construir certa coerência aos fatos, inclusive fazendo inversões na ordem temporal, de modo a permitir que o “um por causa do outro” predomine sobre o “um após o outro” (Ricoeur, 1997).

A partir da definição da narrativa como representação do tempo e da ação humana, o que Ricoeur procura enfatizar é que a narrativa não deve necessariamente se ordenar de forma cronológica. Pois uma narrativa ordenada cronologicamente corresponde a uma representação linear do tempo e, no entanto, essa forma de representação não corresponde à sua experiência psicológica. Para fazer justiça à nossa experiência temporal, é preciso afirmar o diverso do tempo. Não abolir a temporalidade, mas aprofundá-la, desenvolvê-la segundo a experiência humana do tempo. O laço interno da narrativa é, portanto, mais lógico que cronológico. Para representar a temporalidade da ação, a narrativa deve corresponder à experiência psicológica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos a sua característica fundamental.

Dessa forma é que compusemos as narrativas. Operamos construções ao organizar (encadear) os argumentos, conformando um enredo para cada grupo. Cada narrativa, portanto, constitui uma espécie de síntese, porém não linear e nem representativa da ordem pela qual os sujeitos estabeleceram os debates. Para sua composição, tomamos o cuidado de

não incluir nada além das falas, argumentos e explicações que surgiram no fluxo das discussões, tentando organizá-los a partir de como apareceram nas transcrições (diante do texto). Produzimos um agenciamento dos fatos descritos, atribuindo a cada narrativa uma identidade (um “nós”) e uma localização temporal. Em todas elas, preservamos os consensos e as discordâncias, tentando ser fiéis ao teor e ao calor da discussão, à emergência de tensões, às descobertas e criações. Mas é importante destacar que isso se deu por meio do que Onocko Campos & Furtado (2008) denominam como “olhar narrativizante” e não numa tradução pretensamente realística das discussões. Na verdade, como aponta Miranda (2009), foi um trabalho de co-construção do material empírico, delimitado pelo posicionamento do pesquisador que não pretende ser neutro, mas compromissado em adaptar-se à perspectiva dos sujeitos da pesquisa.

Conforme aponta Onocko Campos (2008), a transformação das falas em narrativas já operou uma primeira parte da interpretação: a extração dos principais argumentos e seu encadeamento lógico. E como tivemos a oportunidade de, num segundo momento, devolver as narrativas aos participantes dos grupos focais, também efetivamos uma relação de intervenção, o que já corresponderia a um primeiro momento de aplicação da pesquisa, em que os sujeitos puderam ler e ressignificar a narrativa e seu próprio discurso.

Para descrever o percurso desde a composição do texto narrativo até sua leitura pelo público, Ricoeur parte da divisão da *Mimese* aristotélica em três níveis: a *Mimese I, II e III*. Três operações através das quais “*uma obra eleva-se do fundo opaco do viver, do agir e do sofrer, para ser dada, por um ator, a um leitor que a recebe e assim muda seu agir*” (1997: p.86). O sentido de *Mimese I* seria o de imitar ou representar a ação. Para a composição da narrativa é necessário, antes de tudo, pré-compreender o que ocorre com o agir humano. A

ação, para Ricoeur, nunca é eticamente neutra, há sempre uma avaliação da ação em termos de “bem” ou de “mal”. Portanto, esse elemento anterior à composição do texto narrativo remete ao universo simbólico da cultura e da tradição, e corresponde a uma pré-elaboração do caráter das personagens e uma valoração de seu agir. Na *Mimese II* abre-se a dimensão do ‘como-se’. Esse segundo nível se qualifica como o texto narrativo propriamente dito, o agenciamento dos fatos. Na *Mimese II* está a função mediadora da narrativa, o ato de transformar os acontecimentos em história. Aqui, recheando a narrativa, encontramos os elementos simbólicos da cultura indicados através do ser e do agir das personagens. O nível da *Mimese III* corresponde, segundo Ricoeur, à aplicação na hermenêutica gadameriana. Envolve a intersecção entre o mundo do texto e o mundo do leitor, o que implica tomar o leitor como agente que reconstrói a história no ato da leitura.

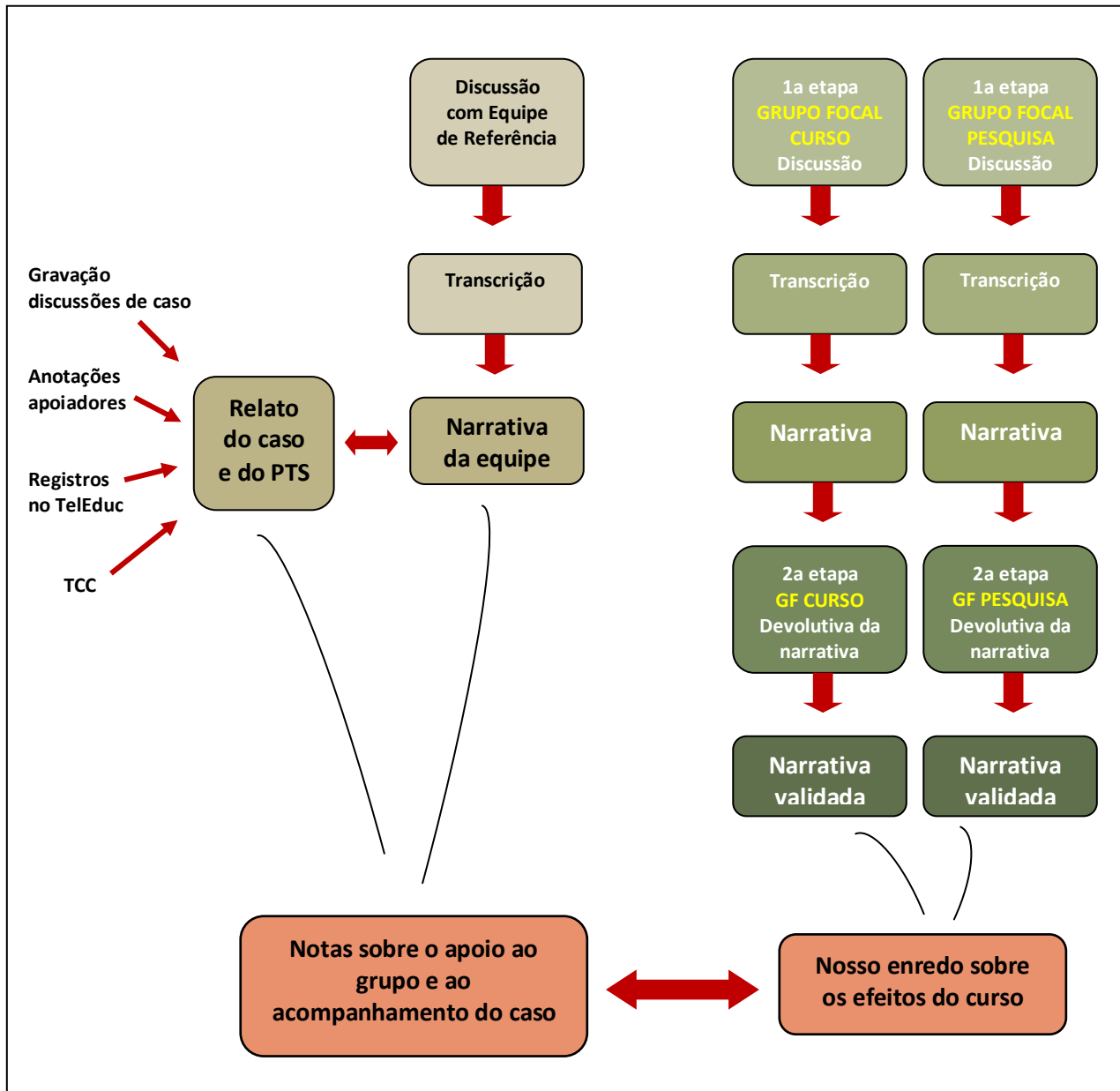
Desse modo, o percurso de *Mimese I* à *Mimese III* fecha uma circularidade. Se de um lado a *Mimese I* remete-se ao universo da cultura e da tradição que subjaz o texto, a *Mimese III* traz o leitor envolvido em sua própria cultura, interpondo à narrativa o seu próprio horizonte cultural e de vida, o que dá margem às múltiplas interpretações do texto narrativo (Vieira, 2001). Ricoeur reconhece que tal círculo corre o risco de se tornar vicioso, se os três níveis miméticos atuarem confirmando-se mutuamente, de forma tautológica. Porém, resgatando em Gadamer o círculo hermenêutico, ele sugere que é preciso vê-lo não como tautologia morta, mas como um círculo saudável, “*uma espiral sem fim que faz a meditação passar muitas vezes pelo mesmo ponto, mas numa altitude diferente*” (Ricoeur, 1997: p.112).

Em nossa pesquisa, optamos por propor a devolutiva das narrativas somente aos participantes dos grupos focais, como já explicamos acima. Realizamos um segundo

encontro com cada grupo, no qual fizemos uma leitura conjunta do texto elaborado. A partir desse reencontro com suas próprias falas, os participantes puderam aprofundar questões e temas que foram pouco desenvolvidos e rediscutir pontos críticos ou controvérsias que apareceram na primeira discussão. Puderam fazer correções, propor acréscimos ou a retirada de trechos que julgaram não corresponder àquilo que foi dito, de modo a validar a narrativa como construção coletiva de seu grupo. Pretendemos, com isso, mais que ter a narrativa corrigida, validada ou legitimada pelo grupo. Nossa intenção era também estimular que os sujeitos, ao tomarem contato com seu próprio discurso, pudessem rever a si mesmos nessa leitura, repensar convicções, valores, posturas e, eventualmente, projetar no futuro outros movimentos.

Nos próximos dois capítulos, trataremos as construções realizadas a partir de todo o material empírico. Inicialmente, apresentaremos o caso e seu Projeto Terapêutico, seguido pela narrativa da respectiva Equipe de Referência. Na seqüência, analisaremos as duas narrativas dos grupos focais, retomando os diálogos com as tradições teóricas que expusemos no início, para comentar os temas da formação em saúde e da abordagem ampliada e compartilhada do processo saúde-doença-atenção.

O quadro 4, a seguir, sintetiza nosso percurso metodológico e o modo como organizamos o material empírico referente aos grupos focais, à discussão com a Equipe de Referência e à análise do Projeto Terapêutico.



Quadro 4: Percorso metodológico e organização do material empírico

PARTE II: CONSTRUÇÕES

5. O Projeto Terapêutico Singular e o itinerário das intervenções

Apresentaremos o material construído a partir do caso de D. Ana, trazido ao curso por Arthur, médico do Centro de Saúde Rio Pequeno. Ele foi por nós escolhido por se tratar de um caso em que o tema da subjetividade aparecia de forma bastante emblemática e, por meio dele, pretendemos demonstrar o processo de apoio ao grupo no curso e à construção e acompanhamento de seu Projeto Terapêutico no serviço. Apresentaremos também a narrativa construída a partir da discussão realizada com a equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno, que trata do itinerário das intervenções.

Compusemos o relato do caso por meio da junção de informações contidas:

- no material publicado no TelEduc pelo próprio Arthur;
- em seu trabalho de conclusão de curso;
- nas gravações das discussões do grupo;
- e nas anotações feitas pelos apoiadores durante essas discussões.

Ao longo do relato também fizemos considerações e breves análises tanto sobre o processo grupal, como sobre as intervenções realizadas, portanto trata-se de uma *construção da pesquisadora*, a partir das diversas fontes de informação de que dispunha. Já na narrativa da equipe não inserimos nada além do que foi dito durante a discussão, apenas *organizamos* num texto os argumentos que nela apareceram. Por isso, podemos atribuir à narrativa uma identidade construída coletivamente pela própria equipe, identidade esta que tentamos enfatizar utilizando a *primeira pessoa do plural*. Para preservar a identidade e privacidade dos sujeitos da pesquisa, todos os nomes e lugares que aparecem no relato e na narrativa são fictícios.

5.1 O reconhecimento da biografia de D. Ana: da cobrança mútua ao apoio e à colaboração

Segundo Arthur, em seu território há ruas asfaltadas, arborização, comércio local e pequenas indústrias, além de uma área de ocupação onde há forte presença de tráfico de drogas. No entorno há algumas igrejas, núcleos sociais, algumas praças, um bosque com quadras esportivas, pistas para caminhada e espaço para lazer e recreação. O CS possui duas Equipes de Saúde da Família e atende a uma população de 17.603 habitantes, dos quais cerca de 60% dependem exclusivamente do SUS. A equipe de Arthur é constituída por ele, que atua como médico clínico, uma médica generalista, uma pediatra, uma ginecologista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista e duas agentes comunitárias de saúde.

Arthur nos apresentou o caso de D. Ana em 03/02/2009, seguindo o relato abaixo, que fora publicado por ele dias antes no TelEduc:

D. Ana, 75anos, natural de Vale Alto (MG), viúva e mãe de 12 filhos, sendo 4 natimortos. Atualmente tem 5 filhos vivos, 18 netos e 4 bisnetos. Reside em Campinas desde os anos 50, quando veio em busca de melhores condições de vida. Em Minas, sempre trabalhou na lavoura de algodão acompanhando os pais. Não freqüentou escola em tempo algum. É usuária do Centro de Saúde desde 1981, época em que a unidade foi fundada, e por isso é conhecida de quase todos. É usuária freqüente! O caso da D. Ana foi escolhido devido à grande tensão que gera na equipe e às inúmeras dificuldades encontradas no manejo da situação familiar.

D. Ana mora sozinha desde a morte de seu marido e da filha Marisa, ambos em 2007. Marisa nasceu com paralisia cerebral e era cadeirante. D. Ana tinha uma forte ligação com ela, e por isso sua morte a afetou muito. D. Ana sempre foi uma pessoa de personalidade e temperamento forte, muito brava com os filhos, irritada e sem paciência. É de difícil diálogo, extremamente confusa, não se lembra de datas. Após o falecimento do filho Adilson há cerca de 20 anos, D. Ana passou a ter medo de que o mesmo pudesse acontecer aos outros filhos, então ela se tornou mais depressiva e com inúmeras queixas - dores no corpo, nas costas, cefaléias, insônia, irritabilidade, dores nas pernas, que se intensificaram desde então. Após a morte da filha Marisa, D. Ana ficou ainda mais confusa, perdida em seus pensamentos, vagando pelas ruas.

A maior parte da família reside em regiões distantes e eles quase não se encontram. D. Ana não aceita que a equipe entre em contato com os familiares para que a auxiliem nas tarefas diárias e no uso das medicações, pois diz que eles têm seus próprios problemas e não quer incomodá-los, prefere viver sem a ajuda deles. D. Ana mora na parte dos fundos do bar de seu filho Carlos (55 anos, casado e com um casal de filhos), que a ajuda eventualmente. A filha mais velha (Vera, 60 anos) também é viúva e avó de 4 netos. Tem outro filho Jonas, 47 anos, alcoolista e que vem dormir em casa de vez em quando. É separado e tem um casal de filhos. O outro filho (Fernando, 42 anos) mora distante e nunca dá notícias. O caçula, Cirinho (40 anos), tem uma mercearia, casado, um casal de filhos e D. Ana diz que ele é muito nervoso, tem muitos afazeres e não tem tempo pra se envolver com problemas dela.

Ela reside numa casa de alvenaria, um estendido do bar do filho Carlos. Tem uma sala com sofá e quadros antigos nas paredes, um banheiro, uma cozinha pequena e sem ventilação, 2 quartos, sempre com as janelas fechadas e desarrumados, com muitas roupas sobre as camas. Há muita umidade e cheiro de mofo. Na entrada há um cercadinho onde vive um cachorro e há sujeira e restos de comida que exalam cheiro forte. O telhado possui forro de madeira e a rua é asfaltada.

D. Ana foi encaminhada ao CAPS³⁵, mas na primeira consulta não compareceu. Depois, a agente de saúde a acompanhou e foi avaliada pela equipe e medicada. Foi diagnosticada com transtorno esquizoafetivo e está cadastrada para freqüentar o CAPS quinzenalmente. É hipertensa, faz uso de HCTZ³⁶, captopril e AINES³⁷ devido às inúmeras dores que sente. Toma sempre medicamento errado e irregularmente.

Já foi encaminhada a inúmeros serviços de referência devido à sua lombalgia crônica, como reumatologia, ortopedia, neurologia, cardiologia e fisioterapia. Falta sempre às consultas e quer ser atendida na hora, do jeito e quando quer. Não segue recomendações de forma alguma e continua freqüentando o CS regularmente.

A equipe passou a oferecer as medicações em embalagens separadas e desenhos indicativos, e as agentes de saúde começaram a fazer visitas freqüentes para verificar se ela tomava os remédios. D. Ana sempre as recebe impaciente e irritada com tudo e todos. Não aceita, acha que as agentes querem controlá-la e também não quer mais tratamento psicológico e nem psiquiátrico. Sempre chora quando se toca no nome da filha Marisa, e continua confusa e absorta em pensamentos e lembranças antigas. As agentes continuam visitando-a sempre que possível e orientando a medicação.

Durante a apresentação, o grupo fez perguntas para elucidar algumas questões.

Sobre a morte do marido e da filha em 2007, Arthur esclareceu que primeiro faleceu

³⁵ Centro de Atenção Psicossocial

³⁶ Hidroclorotiazida

³⁷ Anti-inflamatórios não esteróides

Marisa, com 47 anos, por broncopneumonia, e depois de 7 meses faleceu o marido, vítima de ataque de um cachorro pitbull. Segundo Arthur, o casal tinha bom relacionamento e viviam juntos desde jovens, quando vieram para Campinas. D. Ana cuidava da filha em tempo integral, era carinhosa e preocupava-se com suas limitações, levava-a para cima e para baixo de cadeira de rodas e ia sempre com ela ao CS.

Vale notar que o relato apresenta uma descrição relativamente detalhada da usuária, com dados concretos sobre sua vida, incluindo o aspecto emocional e os conflitos familiares, como havia sido solicitado pelos apoiadores. A descrição da casa traz dados objetivos que permitem uma boa caracterização do lugar – “casa de alvenaria”, “cozinha sem ventilação”, etc. – e não alude a juízos de valor ou visões estereotipadas – como “condições precárias de moradia” ou “péssimas condições de higiene”, modo como muitas vezes se aborda o território (Oliveira & Furlan, 2008). No entanto, quase nada aparece acerca de Arthur, da equipe e da relação com a paciente, embora também tenha sido solicitado. Isso só veio a aparecer no decorrer da discussão.

Arthur relatou que D. Ana era uma pessoa difícil e que o caso era um desafio para ele e sua equipe. Eles a viam como uma usuária demandante demais, autoritária, que exigia atenção cotidianamente e que queria tudo do jeito dela, mas que não seguia as propostas terapêuticas. A equipe sentia-se incomodada e a relação estava desgastada. Embora D. Ana já fosse considerada “brava” e confusa, nos últimos anos passou a desenvolver sintomas depressivos, como isolamento, choro fácil, falta de apetite e angústia, e sua irritabilidade aumentou. Passou, então, a acessar mais rotineiramente o CS, queixando-se de tristeza, insônia e dores no corpo, e como tomava as medicações anti-hipertensivas de forma irregular, estava sempre com a pressão alta. Segundo Arthur, nessas idas constantes à

unidade, D. Ana exigia ser atendida pontualmente, mesmo sem fazer prévio agendamento, e em inúmeras ocasiões provocava tumulto e brigava com as recepcionistas. Essa tensão entre a usuária e a equipe foi se agravando e gerando cada vez mais conflitos e agressões mútuas. Os profissionais estavam irritados e com raiva, mas ao mesmo tempo se sentiam angustiados, frustrados e impotentes diante das dificuldades e da baixa resolutividade de suas propostas terapêuticas.

A discussão do grupo seguiu um pouco lenta e acanhada. Alguns integrantes falaram sobre o luto e a necessidade de acolhê-lo, mas apontavam a baixa capacidade de dar conta disso, devido à falta de formação para lidar com o sofrimento psíquico. Outros apontavam a falta de tempo para atender a esse tipo de queixa considerada menos grave, a insuficiência de profissionais e a grande demanda do serviço. Mas havia grande preocupação de todos com o incômodo que a paciente causava. Após um momento de silêncio, uma enfermeira verbalizou: “todo mundo tem uma D. Ana batendo na porta”. Falaram de como lidam com situações em que o paciente quer ser atendido na hora ou o paciente que faz “barraco” na recepção. Algumas estratégias representavam formas de defesa da equipe, como impedir as recepcionistas de interromperem os atendimentos para pedir ajuda, ou falas de protesto contra posturas exigentes e agressivas dos usuários. Outras representavam tentativas mais conciliadoras, como sentar com o paciente em uma sala para ouvi-lo, embora isso não resolvesse de fato o problema.

O grupo refletia um contágio pela sensação de impotência da equipe, e atualizava suas próprias reações frente a casos como o de D. Ana, o que foi apontado por um dos apoiadores. A isso, seguiu-se uma longa discussão sobre as dificuldades de lidar com questões que envolvem as condições sociais, econômicas e culturais. Era um repetitivo

queixar-se: não conseguiam resolver esses problemas, estavam sozinhos por não terem apoio de outros setores, angustiavam-se porque os pacientes “sempre voltam” e os problemas não “desaparecem”. Um círculo vicioso, que representava o modo como viam seu trabalho, e o movimento de “vai e vem” dos usuários e da própria D. Ana.

Frente a essa dinâmica do grupo, os apoiadores provocaram uma reflexão sobre a finalidade da Atenção Básica, lembrando algumas definições de Starfield (2002): a assistência continuada e longitudinal; o manejo de problemas mais comuns e menos definidos; e o atendimento a queixas vagas e pouco específicas. Junto disso, pudemos desdobrar a discussão para as expectativas do grupo com relação à resolução dos casos: afinal, o que seria “resolver” os problemas de D. Ana? Haveria um “desfecho”? A partir de que ponto de vista pensavam uma possível “resolução”?

Diferente do que ocorre no hospital, onde a gravidade da situação orgânica requer o destaque do aspecto biológico e de técnicas que possibilitam algum grau de previsibilidade, na Atenção Básica o sujeito está imerso na complexidade de sua vida e permeável a diversas influências externas e internas. Nesse contexto, a convivência com a incerteza é intensa e se forem mantidas as expectativas de “salvar vidas”, geralmente associadas ao trabalho médico no hospital, certamente haverá ansiedade e frustração, enquanto a dificuldade de se reconhecer as reais necessidades das pessoas será perpetuada (Cunha, 2005). Na Atenção Básica, o tempo é o contínuo da vida e as intervenções devem ser de médio e longo prazo, o que exige que os profissionais interroguem suas expectativas associadas às idéias de “curar” e “resolver”, para desenvolverem um tipo de abordagem que opere como suporte às dificuldades dos usuários para “levar a vida”. Além disso, a articulação entre as condições materiais, culturais e psicossociais, principalmente em

contextos de extrema desigualdade social, como o brasileiro, requer ações imbricadas entre múltiplos planos: sanitário, clínico, político, social (Figueiredo & Furlan, 2008; Onocko Campos *et al*, 2008). Todas essas questões salientam que lidar com a complexidade biopsicossocial seria a própria tarefa primária (Kaës, 1991) da Atenção Básica.

A partir dessa reflexão, foi possível voltar ao processo de compreensão e análise do caso concreto de D. Ana e dos afetos provocados na equipe e no próprio grupo. A equipe considerava D. Ana como “demandante demais”, o que se aproxima do termo pejorativo “poliqueixosa”, muito usado nos serviços de saúde para designar pacientes que, embora tenham sintomas relatados no corpo, não se encaixam num diagnóstico, ou cujas demandas não são reconhecidas e compreendidas em seus aspectos psicossociais (Cunha, 2005). Classificando-a dessa maneira, ficava claro que a equipe não levava D. Ana a sério e não se dispunha a encontrar formas de ajudá-la. Além disso, o grupo entendeu que a equipe respondia “na mesma moeda” às atitudes autoritárias e agressivas da paciente e que o modo de relação que havia se estabelecido equivalia a uma relação de cobrança mútua: D. Ana cobrando atendimento do “jeito que quer” e a equipe cobrando que ela “cooperasse” com o tratamento (do “jeito da equipe”). Esse “diálogo de surdos” contribuía para que a equipe não reconhecesse as demandas de D. Ana como legítimas e pudesse negociar com ela um caminho possível. Balint (1988) assinala que esses problemas na relação clínica são resultantes da rejeição do profissional de saúde a abordar o que há além das queixas físicas do paciente e a compreender o seu pedido de ajuda. Quando a possibilidade de um diagnóstico orgânico é excluída, os profissionais tenderiam a se convencer de que “não há nada de errado” com o paciente, transmitindo-lhe a idéia de que não compreendem ou não

se interessam em compreendê-lo. Uma “confusão de línguas” que provoca muitos desentendimentos.

Assim, tendo o grupo refletido sobre as possíveis origens e implicações dessa tensão entre a equipe e D. Ana, foram se delineando propostas de ação que apontavam para a necessidade de romper com esse modo de relação e construir, se possível em conjunto com a família, maneiras de apoiar D. Ana em seu cotidiano. Essas propostas foram assim sistematizadas por Arthur e publicadas posteriormente no TelEduc:

- 1. Averiguar a rede social e assistencial de apoio;*
- 2. Criar ou fortalecer vínculos da paciente com alguém da equipe em especial;*
- 3. Restabelecer ou fortalecer contato com familiares e arranjar um cuidador;*
- 4. Incentivá-la a participar de atividades na UBS ou nas existentes no bairro;*
- 5. Ajudá-la a descobrir coisas que lhe dão prazer ou que possa vir a gostar;*

Também foi apontada a necessidade de entrar em contato com o CAPS para discutir o caso e o diagnóstico. Isso não foi incluído por Arthur nos tópicos acima, o que talvez sinalize o quanto a equipe ainda precisasse processar sua própria relação com a paciente, antes de lidar com outras questões.

Após ter discutido as propostas do grupo com sua equipe no CS Rio Pequeno, Arthur realizou uma visita domiciliar à D. Ana. Essa visita representou um avanço na reconstrução do vínculo com a usuária e produziu importantes desdobramentos na condução do caso pela equipe. Ela foi descrita posteriormente por Arthur em seu trabalho de conclusão de curso, como segue:

Começamos a fazer intervenções cuidadosas e lidar com novos sentimentos, recriando concepções e esperanças na equipe. Na verdade, nunca antes houve um entendimento de que seria interessante criar um espaço onde a usuária pudesse se sentir à vontade e ser escutada por alguém que a acolhesse bem.

Numa das visitas domiciliares, após tantas outras, eu simplesmente fui sozinho, sem que houvesse um agendamento prévio. D. Ana me recebeu com desconfiança, mas me convidou a entrar. Conversamos bastante e descompromissadamente. Sentei no sofá, fui puxando conversa, perguntando da família, de quem eram as

peessoas nos quadros antigos da parede e ela foi me contando a sua história. Pude entender um pouco mais da paciente, entender que ela foi criada também por pais exigentes e que ela tinha muita preocupação com o que pudesse acontecer aos filhos. Ouvi-a atentamente e fui observando suas colocações, seus sentimentos e suas expressões enquanto falava. Foi uma conversa tranqüila e prazerosa para ambos. Percebi que ela havia sofrido muito na vida, que tinha sido criada em uma pequena casa da zona rural do norte de Minas Gerais e que sempre foi muito solicitada pelos pais nos trabalhos domésticos e da roça, onde trabalhava arduamente. Não aparenta guardar rancor daqueles tempos de infância e adolescência. Mas notei que trazia profundas marcas em seu rosto moreno, como que a denunciá-la pelas dificuldades que já tinha passado na vida. Era sim uma mulher forte, que gostava das coisas corretas, de filhos educados e obedientes, e que foi desta maneira que ela foi criada. Entendi a severidade da mãe que o filho Carlos já havia me relatado.

Entendi porque ela jamais permitiu que consultássemos seus filhos para que eles pudessem nos ajudar e auxiliá-la no seu dia-a-dia. Ela contou que os filhos sempre se relacionaram melhor com o pai, que era bem menos autoritário e que ela sim sempre foi muito exigente com todos e pouco tolerante com situações das quais não compactuava. Falou ainda que seus filhos sempre foram distantes dela e que têm muitos afazeres e suas famílias para cuidar e que não têm tempo para gastar com ela. Compreendi a dimensão das preocupações que trazia em suas queixas, sua inquietação, seu nervosismo por querer tudo muito correto e de forma imediata. Ouvi-a dizendo que “hoje em dia as coisas estão todas piores, os costumes, as facilidades todas e os filhos não se importam com os pais como antigamente; o mundo está muito mudado e confuso”. Era uma mãe amorosa, que não queria importunar os filhos, afinal, eles hoje têm suas vidas, suas famílias, por isso, prefere viver mais isolada. Mas estava muito carente. Pude perceber isso, sem querer, entretanto, me ater a um diagnóstico preciso naquele momento.

Aqui, podemos observar que Arthur desviou-se da forma habitual da equipe se aproximar de D. Ana e das queixas comumente oferecidas por ela em suas idas à unidade. Ele pôde sair de uma idéia pré-estabelecida da paciente e, para além de sua história clínica, conhecer sua biografia. A partir das fotos antigas penduradas na parede, pôde escutar D. Ana contando sua história de vida, e assim compreender seu modo de ser e a relação familiar. Além disso, o próprio relato da visita foi mais abrangente e passou a incluir referências ao próprio médico, sua interação com a usuária, e suas impressões e análises sobre o caso.

A forma como Arthur conduziu essa conversa remete a um texto de Balint (1988) que fora discutido num dos seminários abertos, sobre a importância de um diagnóstico mais amplo e aprofundado. Como a questão central para a Atenção Básica é a vida do paciente como um todo, o tipo de diagnóstico geralmente utilizado por especialistas teria restrito valor para a compreensão dos problemas reais com que se defrontam os profissionais nesse contexto. Por isso, o diagnóstico não deveria se limitar à compreensão dos sinais e sintomas físicos, mas também deveria permitir avaliar os aspectos psicodinâmicos dos pacientes (Balint, 1988; Cunha, 2005). Isso, claro, sem ignorar a existência concreta da doença e do conjunto de sintomas que se apresentam. Como enfatiza Campos (2003), é preciso colocar a “doença entre parênteses”, mas apenas para permitir a reentrada em cena do sujeito, e em seguida, voltar o olhar para a doença e para o doente concreto.

Pois bem. A partir dessa “virada” na forma de contato durante a visita, outro tipo de vínculo foi sendo construído e Arthur foi se colocando como o profissional de referência para D. Ana. Como já fora amplamente discutido com o grupo, a criação desse dispositivo de “referência” seria a base para a ampliação da clínica. A partir do estabelecimento dessa relação de vínculo, do acompanhamento longitudinal e da continuidade da assistência, seria possível ao profissional e à equipe assistir aos pacientes de modo singular, elaborando e acompanhando Projetos Terapêuticos que abarquem tanto o plano biológico, como o subjetivo, o social, familiar, laboral, dentre outros (Campos, 2000a; Furtado & Miranda, 2006).

Ao se destacar como alguém da equipe que iria se aproximar de D. Ana de uma maneira especial, alguém a quem ela poderia recorrer, Arthur estava provendo um tipo de contorno à relação dela com o CS, o que possibilitou que gradualmente também fosse

construído outro tipo de interação com a equipe como um todo. Junto disso, foi possível identificar algumas mudanças na própria paciente. Abaixo, segue uma atualização do acompanhamento do caso, publicada no TelEduc em 28/05/2009:

Em Março, D. Ana compareceu no CS dizendo que estava se sentindo um pouco melhor, mais animada, e então a convidei a participar do grupo de qualidade de vida (...). Ela disse que ia pensar. Em Abril, compareceu no CS para solicitar AINES devido a lombalgia. Digo que vou convocar seu filho Carlos pra conversar. Ela fica meio apreensiva, mas concorda sutilmente, embora ache que não vai adiantar nada.

D. Ana estava indo muito bem. A equipe ficava até meio desconfiada, já que antes era tudo tão “nefasto”. Foi criado um vínculo interessante entre D. Ana e eu, ela sempre solicitava por mim. Muitas vezes eu a atendia e outras, quando não era possível, outra pessoa a atendia e ela aceitava tranquilamente. Pois bem, de algumas semanas para cá, D. Ana voltou a se lembrar da filha e do marido de uma forma intensa, ficou novamente chorosa, triste, desanimada e voltou a freqüentar mais assiduamente o CS, procurando especialmente por mim. Tenho conversado com ela e ela se sente bem com isso. Chora um pouco, reclama da vida, mas sai melhor e mais tranqüila. A PA³⁸ esteve mais alta ultimamente, pois ela havia se esquecido de tomar o captopril prescrito. Em 12/5 o caso foi discutido novamente na nossa equipe. O coordenador também concorda que devemos convocar seu filho. Pedi à agente de saúde fazer uma VD³⁹ para se certificar dos comprimidos e das receitas médicas e também pedir ao filho Carlos pra que venha conversar comigo.

Em 04/06/2009, há outro registro no TelEduc sobre a conversa com Carlos:

(...) eu havia me preparado para ouvi-lo sem tempo pré-estabelecido. Deixei-o falar abertamente sobre a mãe, sobre sua educação e a relação entre os pais e filhos e entre os irmãos também. (...) novamente ele dizia que a mãe era autoritária, muito brava, sem paciência com as coisas do dia-a-dia e, por isso, os filhos davam-se melhor com o pai, que era mais tranqüilo. Porém, diz também que a mãe sempre foi cuidadosa e, apesar de não ter tido estudos, ela cuidava de todos da família da forma como sabia. Procurei mostrar a ele as dificuldades na condução do caso e que a mãe estava em situação de risco, por ser idosa e morar sozinha, por isso a necessidade dele cooperar com a equipe, já que todos estão agora empenhados. Que necessitávamos que ele se dispusesse a ser um cuidador da mãe, oferecendo-lhe medicação nos horários prescritos, levando-a ao CAPS, vigiando os seus afazeres domésticos e ajudando na limpeza da casa. Mostro a ele outros tipos de abordagem, de aproximação, sem muitas repreensões para com as atitudes dela. E que se fosse possível, chamar outros familiares a

³⁸ Pressão arterial

³⁹ Visita domiciliar

visitar a mãe, (...) convidá-la para alguns passeios e, assim tentarem uma nova relação. Ele entendeu a situação, disse que iria se esforçar e que também se preocupava com a mãe.

Um aspecto que gostaríamos de assinalar a partir desses relatos é a ampliação da capacidade da equipe de dialogar, negociar e de conquistar a participação e a compreensão da paciente e da família. Para Campos (2003), esses seriam componentes fundamentais para uma clínica que pretenda apoiar os sujeitos na co-produção de saúde e de autonomia. Especialmente na Atenção Básica, onde as contingências da vida têm maior espaço para exercer sua influência, seria impossível fazer intervenções efetivas, sem conseguir negociar com as pessoas, sem reconhecer seus desejos e interesses. Isso implica disposição (e técnica) para a escuta; habilidade para garantir condições para o fluxo de trocas e diálogo; e a aceitação do outro e de seus saberes (Cunha, 2005).

No entanto, isso também exige que os profissionais operem em campos dos quais geralmente costumam se esquivar, por estarem fora do que circunscreve os “filtros teóricos” que orientam o diagnóstico e a terapêutica na prática clínica tradicional. Como já discutimos em sessões anteriores, esses filtros comprometem a relação clínica e principalmente a possibilidade do diálogo e do reconhecimento da singularidade do sujeito. Assim, é preciso que os profissionais reconheçam seus filtros e possam, em alguns momentos, prescindir deles para poder abrir espaço para as idéias e a narrativa do paciente. E o que pudemos observar da forma com que Arthur e sua equipe conduziram as intervenções junto a esse caso apontam nesse sentido. Uma das ofertas teóricas feitas pelos apoiadores foi uma discussão sobre linguagem e comunicação na prática clínica, enfocando a importância tanto das expressões não-verbais como a necessidade de fazer perguntas mais abertas para possibilitar que o paciente fale sobre suas queixas e experiências. Além disso,

foram apresentadas algumas técnicas próprias ao campo “psi”, como a reformulação e devolutiva dos conteúdos trazidos pelo paciente e a função “espelho”, isto é, comunicar ao paciente, como num reflexo, o que foi percebido de suas emoções e sentimentos, a fim de ajudá-lo a reconhecer o que expressou e/ou verificar se houve compreensão por parte do profissional. Essa foi uma discussão muitas vezes retomada pelo grupo, e acreditamos que pode ter contribuído para a aquisição de ferramentas teóricas e práticas que permitiram, nesse caso, ampliar as possibilidades de diálogo e inter-relação.

Voltando ao acompanhamento de D. Ana, descreveremos agora como se deu o retorno desse caso no grupo. Seis meses se passaram após a nossa primeira discussão, e em 12/09/2009 Arthur nos re-apresentou o caso e falou sobre os desdobramentos das propostas levantadas. Relatou a visita à D. Ana e a conversa com o filho Carlos, já descritas acima, e trouxe novas informações:

Em Julho a agente de saúde realizou visita, e relata que a neta Claudia estava na casa da avó, que tudo estava muito arrumado e limpo. O marido da neta estava pintando as paredes do quarto de D. Ana e trocaram alguns móveis, que os filhos mais próximos compraram. D. Ana estava serena, disse que não precisava de tudo aquilo, mas mostrou que estava agradecida e, de alguma forma, feliz. Ela gosta da neta, que agora está mais próxima. Em Agosto, fizemos outra visita e D. Ana tinha ido visitar uma amiga. Ficamos conversando com o filho Carlos e ele nos disse que achava que ela estava mais animada, dormia melhor e comia melhor, e que continuava dando os medicamentos a ela. A enfermeira observa a organização e limpeza da casa. Nisso, D. Ana chegou e nos convidou a entrar. Disse estar satisfeita com nossa preocupação e que fica feliz que existem pessoas que se preocupam com ela. Agradeceu muito. Não chorou e nos abraçou na despedida.

Arthur contou também que Carlos está acompanhando a mãe nas idas ao CAPS, e quando não é possível, ele solicita que a agente de saúde vá com ela ou então uma vizinha, que também faz tratamento lá. Segundo Arthur, a equipe do CAPS trocou a medicação e prescreveu nortriptilina 25 mg/dia. Ele atribuiu a melhora do humor de D. Ana à

reaproximação da família e à mudança de medicação, mas ainda não havia conseguido discutir o caso com a equipe do CAPS.

Arthur avaliou que a equipe se sensibilizou e conseguiu modificar a relação terapêutica com D. Ana, que passou a se pautar pelo apoio às suas necessidades. Também ressaltou que houve mudança na relação familiar e que D. Ana passou a estabelecer outros contatos sociais. Sobre isso, ele descreveu o seguinte:

Começamos a intervir de forma contínua e com objetivos claros de reduzir danos e oferecer autonomia à paciente. O PTS trouxe uma nova interação entre a equipe e D. Ana. Houve mais sensibilização e apoio da equipe em relação aos problemas dela. Valorizamos a subjetividade, tentando ver a paciente de uma forma inteira, completa.

Hoje, D. Ana tem seu filho Carlos como cuidador, sua filha mais velha tem a visitado e sua neta está mais próxima. Também tem a mim como profissional de referência. A paciente voltou a freqüentar a igreja semanalmente e a ter contatos sociais ali, coisa que lhe dá prazer. A casa está organizada e limpa, e a paciente está tomando a medicação. Não chora mais tão facilmente. Nos recebe sempre com alegria e agradecimento nas visitas e tem tido contato com algumas vizinhas.

O grupo recebeu essas novas informações com entusiasmo. Aquela visita “despretensiosa” feita por Arthur, que fora uma intervenção tão simples, havia possibilitado a construção de um laço de confiança, a partir do qual outras frestas puderam ser criadas para a aproximação entre a equipe, a paciente e sua família. Salientaram o grande investimento da equipe e se perguntaram: “o que será deus o ‘clique’ para essa mudança?”. Foram levantando, então, alguns elementos que contribuiriam para que as intervenções fossem bem sucedidas. Um deles foi o caso ter sido destacado para uma reflexão mais cuidadosa. Embora isso fosse uma exigência do curso para Arthur, ele pontuou que, de certa forma, toda a equipe se envolveu, principalmente os agentes de saúde, que passaram a fazer visitas domiciliares regulares.

O grupo apontou também que a equipe pôde refletir sobre seus próprios afetos e suas reações frente às demandas de D. Ana. Eles estavam defensivos e, quando ela chegava, já havia uma barreira entre eles. Arthur afirmou que a equipe estava repetindo a mesma atitude da paciente e que essa percepção os sensibilizou a se debruçar sobre o caso. Isso fez com que D. Ana se sentisse querida, acolhida e passasse até a se cuidar melhor, a tomar as medicações. Os apoiadores apontaram que a equipe havia entendido o que D. Ana demandava toda vez que ia ao CS. Objetivamente ela pedia consulta, mas na verdade ela não estava conseguindo viver sozinha, precisava da família, precisava de alguém que se preocupasse com ela, que estivesse ao lado.

Uma integrante do grupo citou uma passagem de “A Hora da Estrela”, de Clarice Lispector (1988):

A Macabéa tá se ferrando o tempo todo, ela tá tão ferrada, numa merda tão grande, você olha pra ela e dá uma angústia de ver aquela situação... E de repente ela olha pra amiga e pede o que? Ela pede uma aspirina!! Me dá uma aspirina... ela precisa de alguma coisa e ela pede uma aspirina!! E eu acho que tem hora que o paciente faz isso, ele quer alguma coisa, e você faz o que? É um mal-estar tão grande, e nós vamos resolver assim... com aspirina??

Nesse ponto, a discussão se encaminhou para o questionamento do diagnóstico de D. Ana. Arthur reconheceu a necessidade de discutir o caso com a equipe do CAPS, pois também não via justificativa para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Por outro lado, havia um diagnóstico de depressão feito pela equipe do CS. Alguém colocou o problema da medicalização do sofrimento, alertando que era “normal” que a paciente estivesse triste, com alterações no sono e na alimentação, porque acabara de sofrer duas perdas importantes, estava isolada da família e de qualquer outra fonte de apoio social. Reconhecendo suas melhoras com as novas intervenções da equipe, os apoiadores e alguns integrantes do grupo se perguntaram sobre o sentido do diagnóstico de depressão. Um dos

apoiadores se referiu à Balint (1988), para quem uma das funções do diagnóstico é “organizar” a doença para o paciente, dar um nome pelo qual sua situação, que é desagradável e ameaçadora, possa ser chamada, pensada e elaborada. Assim, para o paciente, “arrumar” uma doença poderia significar uma forma de receber cuidado – não somente dos profissionais de saúde, mas também da família.

Por algum tempo ainda a discussão permaneceria nessa polêmica. Parte do grupo se preocupava com o diagnóstico correto da depressão, argumentava sobre os sintomas de D. Ana e alertava que há muita controvérsia em torno do tema: haveria muita gente diagnosticada erroneamente com depressão, mas por outro lado há os que deveriam ser diagnosticados e não são. Outros integrantes argumentavam que, no caso da D. Ana, toda a movimentação da equipe e da família surtira mais efeito que o próprio medicamento. Para eles, muitas vezes a clínica é substituída pela tecnologia dos exames, remédios e procedimentos em situações que poderiam ser resolvidas com a mudança do jeito de fazer da equipe ou até mesmo pelo próprio paciente sozinho. Foram relatados outros casos tratados sem medicamento e que apresentaram melhora com acompanhamento psicológico e apoio da equipe de saúde. Aqui, um apoiador advertiu sobre o risco do discurso “contra” ou “a favor” da medicação se tornar ideológico, e que embora haja de fato um processo de medicalização do sofrimento e da vida, não deveríamos deixar de considerar as situações em que o medicamento pode ser útil, porém sempre com uma análise criteriosa e singular do caso. Outras considerações foram feitas pelos apoiadores a respeito da importância do diagnóstico diferencial, do levantamento de hipóteses e dos dados epidemiológicos sobre o que seria mais prevalente em determinados grupos. Com relação à discussão do caso junto à equipe do CAPS, e novamente lembrando Balint, um apoiador destacou que a equipe da

Atenção Básica tende a conhecer melhor o paciente que o especialista, e que deve se autorizar a questionar e discutir com ele os diagnósticos e as condutas – inclusive o próprio paciente seria o maior especialista, o “especialista de si mesmo”, e que por isso deve sempre participar das decisões.

A partir daí, retomou-se a conversa sobre o que gerou “o clique” para as mudanças na condução do caso. Foi lembrada pelos apoiadores a importância do trabalho de equipe e das reuniões periódicas para discussão dos casos mais difíceis. A existência desse espaço coletivo no CS Rio Pequeno foi destacada pelo grupo como um importante componente que permitiu à equipe refletir sobre a condução do caso e elaborar outras formas de manejo. Por fim, seguiu-se uma discussão sobre a diferença entre os contextos sócio-culturais de profissionais e usuários. Uma integrante refletiu que os profissionais não imaginam o que é viver num contexto de pobreza:

Mesmo indo ao lugar e fazendo visita, às vezes é difícil entender que se o paciente não toma banho, é porque não tem água na casa dele. A gente não pertence àquela cultura. A gente pode até procurar entender, mas entender a diferença do outro é muito difícil. A gente não conhece e às vezes não quer conhecer, porque tem dificuldade de aceitar a diferença.

Assim, o grupo novamente apontou como intervenção valorosa a visita feita por Arthur, sua disposição para ouvir D. Ana e (re)conhecer sua história de vida.

À luz da compreensão sobre a situação atual, o grupo reiterou as sugestões de discutir o caso com a equipe do CAPS e continuar estimulando que D. Ana participe de atividades que possibilitem maior interação social. Arthur disse que continuará tentando inseri-la em alguma atividade que o CS oferece e que também contava com alguns possíveis parceiros no território. Mas, para ele, é preciso ter paciência: “*Vamos tentando, aos poucos, para não perder o que já conseguimos. A equipe pensa que se pressionarmos*

D. Ana com atividades em demasia, ela pode desistir de tudo, sentir-se pressionada, incapaz e deixar tudo de lado.” Fechando a discussão, Arthur falou sobre os aprendizados com o acompanhamento desse caso. Em seu Trabalho de Conclusão de Curso, ele sintetizou esses aprendizados, retratando um novo clima na equipe:

A equipe está mais paciente e tolerante. Percebemos que é preciso uma escuta mais esmerada e uma atuação menos crítica, impositiva e repreensiva. Pudemos falar e isso fortaleceu a equipe. (...) Estamos mais amadurecidos e também aliviados com a situação. A equipe está bem mais satisfeita, sentindo-se mais produtiva e mais útil. Menos angústia e mais resolutividade e união da equipe.

5.2 Narrativa da equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno

No dia 20/10/2009 realizamos a discussão com a equipe de Arthur sobre o itinerário das intervenções junto à D. Ana. Antes de apresentar a narrativa, consideramos relevante trazer algumas observações sobre esse encontro.

O CS é amplo e claro, a recepção parecia organizada e continha muitos cartazes indicando diversos grupos oferecidos. Em várias salas de atendimento havia flores ou algum detalhe que evidenciava certo cuidado com o ambiente. Enquanto nos mostrava a unidade, Arthur foi apresentando os profissionais, e fazia isso de uma forma afetiva: falava sobre as funções e características de cada um e, algumas vezes, destacava suas qualidades. Ao chegar à sala onde seria nossa reunião, toda a equipe já estava esperando, todos sentados em roda: uma generalista, três Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), uma pediatra, um fisioterapeuta, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e o coordenador. Era uma sala ampla, onde acontecem as reuniões e parte dos grupos. A enfermeira estava sentada de frente a uma mesa, fazendo a ata. As pessoas pareciam já compreender o objetivo do encontro e nossa impressão foi de que a equipe poderia falar facilmente sobre o que nos interessava.

Pedimos que Arthur fizesse uma rápida apresentação do caso e logo algumas pessoas foram fazendo comentários. As perguntas foram bem compreendidas e a equipe fez análises sobre o caso, seus afetos e sua relação com a família. Em nenhum momento a discussão saiu do tema proposto, a equipe se mostrou interessada e participativa. A generalista parece ter um papel importante na equipe, trazia contribuições pertinentes e tinha boa compreensão dos aspectos psicossociais envolvidos no caso e da função da equipe de saúde da família. Houve uma análise sobre como estavam fazendo o acolhimento de pacientes considerados “da saúde mental”. Nesse momento, além de coordenar as falas, intervimos trazendo sugestões para lidar com a questão. Ao final, falamos de nossas impressões sobre o clima de afetividade entre os profissionais e a receptividade da equipe. Eles agradeceram pela discussão do caso, disseram que acham importante esse tipo de avaliação e nos convidaram para estar lá outras vezes.

Segue, agora, a narrativa construída com base nessa discussão:

D. Ana vinha quase diariamente aqui no Centro de Saúde, com vários tipos de demandas: dores, tristeza, insatisfação, nervosismo, irritabilidade. Ela sempre gerava confusão no acolhimento ou na recepção, porque queria ser atendida na hora. Era uma senhora de personalidade muito difícil, não aderiu ao tratamento, tomava errado os remédios, a pressão sempre instável, não ia na saúde mental. A verdade é que ninguém suportava mais ver a D. Ana chegando aqui, porque ela demandava muita coisa.

Na época em que ela ainda tinha a filha Marisa, a equipe não se mobilizava muito, tinha meio que uma “trinca emocional”. A vida dela estava centralizada nessa menina. Os outros filhos tinham nojo da irmã, porque ela vivia babando, então sobrava tudo pra D. Ana e o marido. Aí, em um intervalo de 7 meses, ela perdeu o marido e a filha, então piorou tudo, ela ficou deprimida. A gente passou a ter uma relação maior quando ela passou por esses dois lutos, aí a gente sentiu que a D. Ana perdeu o eixo.

A nossa preocupação era com os medicamentos, porque ela era limitada, analfabeta, então a gente orientava, mas ela esquecia, não seguia nada. Então começamos a dividir os remédios em envelopinhos (manhã, tarde e noite), mas como ela não sabia ler, ficou difícil da mesma forma. Partimos para os desenhinhos (o sol, a lua), mas continuou o mesmo problema porque ela não sabia interpretar, ela misturava tudo. Aí nós apelamos

para as vizinhas, mas elas eram tão confusas que a gente nem sabia o que elas faziam com os remédios. Todos os encaminhamentos que nós fazíamos, ela perdia. Aí ela voltava e dizia que nós é que marcávamos tudo errado. A gente pensava de tudo, mas a família não aderiu, a gente não podia contar com ninguém. A casa, a gente queria até ficar do lado de fora quando ia lá... o cheiro... era muito abafado, o quarto, a cozinha, tudo sujo e de pernas pro ar.

Com todos os filhos que ela tinha, ela estava vivendo isolada, inclusive cozinhando sozinha, uma senhora idosa, confusa, deprimida... então era uma situação de vulnerabilidade. Ela disfarçava ser uma pessoa forte, mas escondia uma carência imensa. A gente queria que um familiar assumisse, que os filhos estivessem mais perto, até para ela sentir que era importante. Porque depois que o marido morreu ninguém mais foi na casa dela, os filhos só iam lá por causa do pai. E ela afundou mesmo...

Aí veio o curso e a gente fez o Projeto Terapêutico. A gente abraçou a causa dela. E foi ação e reação: em pouco tempo a D. Ana teve uma melhora boa. Nem dá para acreditar como ela está agora. Um dia nós fomos visitar e ela não estava em casa, tinha ido visitar uma amiga, então a gente ficou conversando com o filho e aí de repente ela voltou, veio subindo aquela ladeira, de jarrinho na mão, muito pomposa... Hoje ela é uma pessoa diferente daquela que pintava aqui na porta e a gente já saía gritando “socorro”... Ela nem aparece mais! E isso a gente conseguiu através de muita conversa, mudamos a abordagem.

O Arthur tirou horas conversando com ela, deixando que ela escolhesse o que queria. Foi lá na casa dela, sentou no sofá, como se fosse uma visita pra tomar café. Começou a ver os quadros na parede, foi perguntando e ela foi contando a vida dela, lá de Vale Alto. Falou de quando morava no interior de Minas e a gente foi começando a entender a dimensão da vida dela. Depois foi a conversa com o filho, que entendeu o nosso pedido, reconsiderou a situação e passou a administrar as medicações e dar um apoio maior. A gente falou do Estatuto do Idoso, das repercussões legais, porque isso não podia estar acontecendo com um idoso. Foi tipo uma ameaça, mas a gente estava tentando resgatá-lo para esse papel de filho. Fomos mostrando a situação da mãe dele, a importância da família participar, porque ela estava vivendo sozinha e em risco. Por exemplo, um dia a gente chegou lá, a D. Ana estava dormindo e a comida queimando no fogão. E se a gente não chega? A gente tentou mostrar que era parceiro, mas que precisava de um apoio. Então ele se sensibilizou, enxergou que era uma necessidade. Quer ver uma mudança que deu pra notar? Quando a gente ia lá e perguntava “a D. Ana está aí?”, o Carlos falava “Ah, não sei...”. Hoje você bate lá e ele já sabe onde ela está, então já há uma integração dos dois.

D. Ana voltou para igreja, vai lá três vezes por semana e encontra as pessoas, socializa. Está fazendo caminhada de vez em quando. Outro dia chegou aqui e disse “doutora, eu estou me sentindo bem...”. Começou a ir ao CAPS com uma amiga, e agora com ou sem amiga ela vai também. O papel das agentes de saúde também foi muito

importante, porque iam visitar quinzenalmente para ver a medicação. E a casa está mais arrumada. Antes era tudo fechado, abafado, e agora ela já abre a janela. Dá pra ver que ela fica orgulhosa quando a gente fala “nossa D. Ana, sua casa está tão bonita, está em ordem, está limpinha”.

Ela tem nos recebido com mais naturalidade. A gente meio que apavorava a D. Ana... Era muita crítica, muita cobrança. Ela passou a nos ver diferente: não como opositores, ou com quem ela tinha que prestar contas, mas como alguém que está participando com ela de uma melhora. Ela percebeu a nossa mudança e agora ela se sente amparada e acolhida. Não existe uma fórmula milagrosa, mas descobrimos que estávamos batendo sempre no mesmo ponto: cobrando, questionando, criticando. E quando a gente mudou isso, parece que mudou tudo!

A D. Ana é uma experiência de vida para nós. Uma pessoa com tantos problemas e tão batalhadora... Através dela a equipe aprendeu que nunca deve perder as esperanças, a gente sempre deve acompanhar, insistir. Estamos muito contentes por vermos os frutos do nosso trabalho e ver que conseguimos, pelo menos por agora, trazer um pouco de felicidade para a D. Ana. Estávamos muito desanimados, achando que ela não tinha recuperação. A gente não conseguia mais ver a D. Ana na frente, porque via que ela estava numa situação difícil, mas não queria mais ouvir falar nela, a gente se sentia mal. Pelo menos temos essa satisfação de ver que, apesar de tudo, nós nunca a vimos tão bem. Estamos mais felizes e também mais unidos como equipe.

Ainda permanece uma coisa que nos angustia: esse é apenas um caso... e não dá para fazer isso em todos os outros. Mesmo assim, estamos tentando usar o que aprendemos nessa experiência com os outros casos mais difíceis. O que a gente tira disso tudo é conseguir enxergar o contexto em que os pacientes vivem e não só o contexto em que nós vivemos. No momento em que conseguimos pular esse obstáculo e sentir o mundo do outro, a gente começa a se integrar melhor. Aí paramos de focar só na parte curativa, e passamos a entender as necessidades a partir da ótica do outro. E percebemos que, sem grandes intervenções, a gente está fazendo um procedimento, está tomando uma atitude. O foi que nós fizemos de grande coisa para a D. Ana, em termos biológicos? O que a gente fez foi dar assistência, ouvi-la, tentar participar, não julgar, entender e nos sensibilizar com o problema dela. A grande diferença foi essa, não foi nenhum milagre intervencionista, foi a coisa bem básica mesmo, o cuidado. A gente foi conquistando a D. Ana...

O fato de o Dr. Arthur estar fazendo o curso nos ajudou a voltar nossa atenção para isso. Não que a gente não soubesse, mas ele sempre perguntava o que cada um achava, ia puxando os detalhes, fazia a gente pensar e acabamos ficando mais atentos. Ele sempre fala de como são discutidos os casos no curso e da importância de cada um na equipe. Porque no começo, o caso está ali meio mal pintado, cada um fez só sua parte, sua especialidade. A partir do momento em que a equipe discute, é possível enxergar diferente o paciente, não só aquilo que você foca, mas o olhar do médico, do agente de saúde... Cada um tem o seu jeito e na reunião de equipe a gente vai abrindo o campo de visão.

Depois de muita discussão, você vai conseguindo ver o desfecho e a equipe fica mais animada, vendo que o trabalho dá resultado.

Achamos que o Dr. Arthur mudou muito nesse tempo de curso. Ele amadureceu, ampliou a visão e tenta o tempo todo trazer isso para a equipe. Há algum tempo ele falava assim: “eu não gosto desse negócio de reunião de equipe, ficar discutindo caso, não tenho paciência pra essas coisas”. E agora ele volta sempre estimulado, conta das discussões, sempre traz uma coisa nova, um texto, um assunto diferente, ele participa muito e sempre nos mostra alguma coisa que a gente não está enxergando. Às vezes ele deixa todo mundo doido, porque alguém traz um caso e ele já começa com aquele chamamento e o caso muda todo de figura, aí a gente vai ficando louco com tanta coisa que vai saindo... Ele também não era de fazer muitas visitas, ele via o paciente aqui, e quando ele conseguiu ver a D. Ana dentro do contexto familiar, foi muito importante. Ele abraçou com muito carinho o caso da D. Ana, passou a fazer as visitas, a conhecer mais a vida dela. E ele se empenhou tanto, que a equipe se contaminou. Até o coordenador voltou a participar de nossas reuniões de equipe. De uma maneira subjetiva, nós também estamos fazendo o curso, estamos até esperando o certificado, junto com o nome dele pode vir o de todos nós!

Mas ainda temos muita dificuldade com os casos de saúde mental... Nós ficamos muito tempo sem apoio, e a equipe do CAPS sempre foi muito distante, estiveram aqui umas duas vezes, mas não havia retorno, não dava casamento. Mesmo no caso da D. Ana, eles nunca nos atenderam. Ficaram de fazer visita e não foram. Agora é que uma psiquiatra vai começar a atender aqui e uma psicóloga fará apoio matricial uma vez por mês. Nós temos uma agenda só de saúde mental, e temos uma enfermeira que é responsável por fazer o acolhimento e uma primeira triagem. Ela pega a história e depois discute com a equipe. Às vezes o paciente quer só desabafar, e quando é um caso mais complicado, ela traz para equipe e a gente discute: “o que a gente vai fazer? é psicologia? é psiquiatria? ou não é nem um e nem outro, e é caso para um clínico, para uma enfermeira?”. Mas alguns de nós achamos que nem tudo o que vai pra essa agenda é da saúde mental. Por exemplo, uma briga com namorado, ou o pai botou para fora de casa, ou ficou desempregado: isso não é saúde mental, é uma conturbação, um período difícil que às vezes até se resolve ao longo do dia. Por outro lado, tem os que são mesmo da saúde mental, e esses ela acha bastante difícil de atender. Ela diz que não tem tanto preparo ou uma visão que talvez devesse ter para atender um paciente de saúde mental. Para ela é muito cansativo, desgasta muito, às vezes ela absorve o problema do paciente e fica angustiada quando a gente não consegue uma solução. Tem muitos casos como o da D. Ana, que a gente faz mil visitas e não vê luz no fim do túnel. E os pacientes acabam retornando com essa enfermeira porque ela é o vínculo deles e isso a consome muito. Alguns de nós achamos que, mesmo que ela passe isso para a equipe, a gente não consegue dar um apoio, porque falta um monte de coisa para poder resolver. Já outros de nós consideramos que a gente pode discutir todos os casos, e assim as opiniões vão se construindo, mas é isso: dá para gente ajudar, ouvir, compartilhar com ela, mas será que

tudo de saúde mental tem que ir para a agenda dela? Tem coisas ali que podem passar por outros profissionais. Desafoga um pouco a agenda dela e não afoga os outros, e temos vários grupos para usar nesses casos.

Perguntamo-nos então: não seria esse o papel do acolhimento – parar para ouvir as demandas? A gente tem que reorganizar o nosso processo de trabalho para dar um apoio nesses casos. No acolhimento, você tem que estar desprovido de pré-julgamento, tem que ser receptivo ali e ouvir, porque talvez aquilo seja super importante para o paciente, embora você não ache tão importante, e aí a gente tem a tendência de falar que está perdendo tempo. Mas, realmente, se você tiver essa postura de ouvir e procurar entender, talvez só por isso você já esteja tirando o sofrimento daquela pessoa. A gente é um pouco de psicólogo mesmo, toda consulta tem um pouco de psicologia. E lidar com a subjetividade não é uma coisa simples... Como a gente faz isso? Como agir como psicólogos? Quando tem o trabalho em equipe fica mais fácil, porque a pessoa que está responsável não fica sozinha, tem sempre alguém junto para discutir, pensar alternativas e criar rede de apoio.

5.3 Notas sobre o apoio ao grupo e ao acompanhamento desse caso

A construção do material empírico relativo ao caso mostra como a discussão do grupo e as ofertas de análise e referenciais teórico-práticos agenciadas pelos apoiadores possibilitaram que Arthur e sua equipe ensajassem modificar o modo como conduziam suas intervenções, e com isso, recompor a relação terapêutica junto à usuária.

De acordo com o que propõe o Método Paidéia (Campos, 2000a), os apoiadores exerceram uma dupla função: por um lado, acolheram e deram continência às dificuldades sentidas pelos profissionais e estimularam que refletissem sobre seus afetos. Mas, ao mesmo tempo, expuseram as contingências do contexto e provocaram o grupo a posicionar-se diante da finalidade de seu trabalho na Atenção Básica. Assim, tencionaram o grupo a se deslocar das impossibilidades e da impotência para identificar, em seu próprio agir, alguns entraves que dificultam a prática clínica e, como vimos, isso também foi elaborado posteriormente pela equipe em função das reflexões disparadas por Arthur. Ao longo dos

encontros, foram sendo ofertadas ferramentas teóricas e práticas que contribuíram para as intervenções junto ao caso e para o aprendizado do grupo, ferramentas estas que, em alguma medida, também foram compartilhadas com a equipe, segundo sua própria narrativa.

Consideramos que, paralelamente às discussões do grupo, o que foi sendo processado no Centro de Saúde por Arthur e sua equipe se aproxima do que discutimos no início desse trabalho sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular e de um diagnóstico aprofundado que ajuda a ampliar a compreensão sobre o paciente e as intervenções da equipe. No âmbito da saúde mental, costuma-se utilizar o termo *construção do caso clínico* (Viganò, 1999) para designar esse trabalho de compreensão do paciente a partir do que ele próprio diz acerca de si mesmo e de sua relação com o mundo. Trata-se da apreensão do modo como o paciente organiza sua subjetividade e, conseqüentemente, da forma como significa e experimenta sua doença. Esse trabalho se opõe a uma prática de conhecimento do paciente calcada em saberes externos a ele ou previamente adquiridos e formulados pela equipe. Não se trata de abandonar quaisquer conhecimentos sobre o paciente e a ontologia das doenças, mas de submeter essas formulações ao crivo dele, ou seja, de identificar como ele dá sentido à sua experiência de adoecimento, os conhecimentos que tem sobre a doença e como se organiza diante desse contexto (Miranda, 2009). É um procedimento que converge com o que viemos discutindo sobre a proposta de uma clínica ampliada, que seja sensível aos processos subjetivos envolvidos na atenção em saúde.

Esse trabalho de construção remete a um esforço coletivo da equipe para partilhar elementos do caso. É um trabalho coletivo porque esses elementos são expressos nas

relações que o sujeito estabelece com os diferentes membros da equipe, independente do núcleo de saber e do grau hierárquico que possuem. Trata-se sempre de uma construção parcial, que orientará certas condutas da equipe, mas que pode ser modificada, de acordo com novos acontecimentos. O que importa-nos destacar é que a construção do caso e a construção de PTSs por meio do trabalho coletivo são elementos agenciadores de trocas e compartilhamentos, que devem se configurar como pilares para o trabalho clínico das Equipes de Referência (Miranda, 2009).

Esse exercício de construção coletiva pôde ser iniciado nas discussões do grupo e no contexto formativo, mas dependia do envolvimento concreto da equipe responsável no serviço. Contudo, a partir da narrativa, pudemos observar que essas discussões tiveram ressonância para dentro da equipe de Arthur, favorecendo que experimentassem colocar seu saber prévio e preconceitos em suspenso para dar lugar à experiência e à fala da usuária. O aumento da disponibilidade para a escuta repercutiu na ampliação do universo de referência no qual a equipe circulava e no desenvolvimento de sua capacidade para acionar recursos para apoiar D. Ana. As modificações substanciais na compreensão sobre o processo de saúde-doença e na condução desse caso permitiram à equipe, inclusive, repensar seu modo de lidar com outras situações semelhantes e o modo como fazem a gestão de seu trabalho. Podemos identificar esses processos como importantes efeitos pedagógicos do curso, o que também foi reconhecido pela própria equipe, quando falamos, ironicamente, que poderiam ser incluídos no certificado de conclusão de curso de Arthur.

Uma questão merece aqui ser analisada, mesmo não tendo sido trabalhada com o grupo. Trata-se do modelo de família com o qual operam os profissionais e as implicações de sua transposição, sem crítica, na prática clínica. Isso pôde ser observado na insistência

da equipe em responsabilizar a família pelo cuidado de D. Ana, sem considerar a existência dos conflitos em torno dos quais ela se organiza e, ainda, intervindo a partir de “ameaças” referidas ao Estatuto do Idoso e às repercussões legais para o filho que não exerce seu “papel de filho”. Embora neste caso a equipe tenha conseguido estimular a reaproximação da família, essa questão nos remete a uma problemática bastante freqüente na Atenção Básica, isto é, o acompanhamento de pacientes crônicos, de idade avançada, que não contam com alguém da família exercendo o papel de cuidador. Dado o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, o cuidado cotidiano desses pacientes nos parece ser um desafio importante a ser superado no SUS, através de serviços de atenção domiciliar ou outros programas específicos.

Outra questão que nos chama a atenção foi a dificuldade de articulação entre a equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno e o CAPS da região. Já na primeira apresentação do caso no curso, uma das propostas levantadas pelo grupo foi a discussão com a equipe do CAPS onde D. Ana era acompanhada. Havia dúvidas quanto ao diagnóstico de transtorno esquizoafetivo e era preciso pactuar a composição do PTS entre os dois serviços, a fim de ampliar a compreensão do caso, compartilhar responsabilidades e evitar a duplicidade de intervenções. No entanto, a despeito disso ter sido apontado diversas vezes a Arthur ao longo do curso, o contato não ocorreu. A relação com o CAPS também apareceu na narrativa do CS Rio Pequeno, demonstrando um grande distanciamento entre os serviços, e veremos, mais adiante, que ele também é sentido por profissionais de outros Centros de Saúde.

Apesar dos limites apontados, as conquistas da equipe nesse caso nos indicam importantes movimentos de mudança desencadeados pelo processo formativo.

Prosseguiremos, agora, com a análise sobre as narrativas dos grupos focais, na qual poderemos sistematizar com maiores detalhes tais movimentos.

6. Os efeitos do curso ou o que a reflexão e a experiência compartilhada mobilizaram: nosso enredo sobre as narrativas dos alunos/profissionais

Discutiremos, neste capítulo, o conjunto das duas narrativas construídas a partir dos grupos focais, a fim de elaborar um quadro analítico sobre as contribuições do curso na ampliação da capacidade dos alunos/profissionais para lidar com os aspectos subjetivos e sociais presentes na clínica. Nessa análise, retomaremos todas as questões discutidas nos grupos focais e traremos trechos das narrativas para orientar e exemplificar a construção de nosso pensamento. Deveremos também nos remeter às tradições teóricas que expusemos no início deste trabalho, constituindo o esforço hermenêutico para a compreensão e interpretação do material (vide quadro 4, p.205).

Salientamos que essa análise representa um segundo movimento interpretativo do material empírico, sendo que o primeiro se constituiu da própria construção das duas narrativas, ao encadarmos os argumentos e tecermos o enredo de cada grupo. Contudo, para evitar que o presente texto se tornasse repetitivo e excessivamente cansativo, optamos por apresentar a íntegra das narrativas na sessão de anexos. A primeira narrativa, referente aos grupos focais de avaliação do curso, se encontra no anexo XVIII, e a segunda, referente aos grupos focais realizados em função da pesquisa, no anexo XIX. Os trechos das narrativas incorporados no texto a seguir serão identificados como NC (extraído da narrativa do grupo focal do curso) e NP (extraído da narrativa do grupo focal da pesquisa).

Conforme apontado anteriormente, os grupos focais realizados no âmbito do curso abrangeram uma diversidade de questões relativas ao processo de formação em andamento e geraram discussões acerca da metodologia do curso e seus efeitos sobre as práticas clínicas, a gestão, o trabalho em equipe e a gestão de si mesmos como profissionais de

saúde. Já nos grupos focais específicos da pesquisa, procuramos aprofundar as discussões sobre a clínica e a abordagem da dimensão da subjetividade, com vistas a fazer emergir nosso objeto. No entanto, apesar desse destaque, os temas da gestão, do trabalho em equipe e do “ser profissional de saúde” não deixaram de aparecer, já que no próprio curso foram sempre abordados como indissociáveis. Sendo assim, organizamos nossa análise do conjunto das duas narrativas a partir de quatro categorias: 1. A clínica; 2. A gestão e o trabalho em equipe; 3. A gestão de si mesmo e o “ser profissional de saúde”; e 4. A metodologia do curso. Vamos a elas.

6.1 Sobre a clínica: escutar, refletir, compartilhar

Foi consenso entre os alunos/profissionais a avaliação de que o curso mobilizou mudanças em suas práticas e é possível identificar, nas narrativas, diversos aspectos da clínica nos quais essas mudanças foram processadas. Um apontamento nos parece representar uma condição que possibilitou certo deslocamento do paradigma biomédico: *viemos cheios de certezas – certezas médicas, que a academia produz (...). Mas aqui no curso tivemos que demolir grande parte delas* (NC). A partir da desconstrução das intervenções em saúde como campo de verdades e certezas, e do reconhecimento dos limites da ciência e da técnica para dar conta das imprevisibilidades da vida, os alunos/profissionais puderam se perguntar como equacionariam seu conhecimento prévio e estruturado diante da singularidade do contexto dos usuários. Como já ressaltamos, o trabalho em saúde é sempre o exercício de uma *práxis* (Campos, 2010), portanto implica reflexão, questionamento e deliberação. O trabalho em saúde como *práxis* requer que se mantenha, permanentemente, a tensão entre o saber sobre a doença e o saber sobre a

relação com o sujeito doente, o que só é possível quando, na clínica, o profissional de saúde reconhece a incompletude do modelo biomédico ao exercer sua função terapêutica no caso singular.

Mas ao assumir os limites do próprio saber e visualizar o mundo da vida que se abre por meio da sensibilização e da escuta, se intensificam os sentimentos de impotência, de desestabilização e de frustração: *Quando a gente sai do lugar que conhece, onde a gente é quem manda, nos sentimos impotentes. Ali no consultório a gente sabe tudo, fora dali parece que a gente se perde* (NC). Essa análise do grupo nos parece importante, já que representa um dos grandes entraves para a mudança de paradigma necessária à clínica ampliada, isto é, o desafio de encontrar um lugar possível entre o pólo da onipotência, onde supostamente o conhecimento, a técnica e os protocolos dariam conta de tudo, e o pólo da impotência, onde o questionamento dos mesmos pode gerar muita insegurança e paralisia. Nesse sentido, os alunos/profissionais apontam que o curso lhes apresentou recursos para lidar com a frustração e a impotência ao enfatizar a necessidade de compartilhar suas impressões, dúvidas e análises, contando com o apoio de outros profissionais da equipe ou de outros serviços e setores:

(...) percebemos que não precisamos carregar tudo sozinhos, podemos contar com a equipe, discutir com a saúde mental, com o pediatra, ou até na reunião intersetorial. (...) A gente trouxe casos muito complexos no curso (...) e fomos aprendendo a ampliar o nosso campo (...). Mesmo quando parecia não haver mais saída (...), fomos percebendo que sempre tinha alguma alternativa que não tínhamos pensado (NC).

O reconhecimento dos próprios limites, ao contrário de produzir imobilidade pela impotência, permitiu ao grupo se situar na potência de seu trabalho: *Hoje a gente tira de letra discutir caso, analisar a realidade da família* (NC). (...) *E sentimos muita satisfação*

quando vemos os resultados, quando conseguimos um impacto positivo na vida de um paciente. Mesmo que seja minúsculo (NP).

O desenvolvimento da capacidade reflexiva foi bastante enfatizado no grupo focal da pesquisa, quando o tema da subjetividade foi discutido com maior profundidade. Os alunos/profissionais referem ter percebido que muitas de suas intervenções eram baseadas em respostas prontas e automáticas, como forma de evitar o contato com questões conflituosas e que geram dúvidas, impasses e angústias. Um exemplo dessa busca por soluções rápidas é a oferta da medicação como meio de aplacar as demandas não circunscritas ao biológico: *A gente acredita que tem o dever de dar uma resposta, e uma resposta, para nós, é quase sempre um remedinho. Isso é para que (...) diminua a nossa angústia (NP).* Outro exemplo são as intervenções pautadas por valores morais, conceitos e desejos do próprio profissional, e não propriamente pela especificidade da demanda do usuário, o que Balint (1988) chamou de “*função apostólica*”. Em diversos momentos da narrativa aparecem questionamentos sobre esse tipo de intervenção, que foi bastante discutida no curso e que parece figurar como importante aprendizado, como observamos no seguinte trecho:

Você tenta ajudar mostrando uma maneira de resolver o problema, mas aquela é a “sua” maneira. (...) Como lidamos com muitos problemas sociais, isso angustia a equipe (...). Às vezes cometemos alguns deslizes, porque queremos suprir rapidamente aquela demanda e acabamos propondo as “nossas” soluções. (...) Estamos aprendendo que muitas vezes precisamos apenas ouvir e nos abrir para o que o outro está trazendo (NP).

Já destacamos o acompanhamento longitudinal e o apoio aos usuários em suas vulnerabilidades e dificuldades cotidianas como funções peculiares da Atenção Básica, que tornam o trabalho nesse contexto altamente complexo. Na discussão do caso de D. Ana é possível observar como trabalhamos o tema das expectativas relativas ao *curar* e ao

resolver, que também foram retomadas nos grupos focais. Nas narrativas vemos que, ao identificar e assumir as funções características e inerentes à Atenção Básica, os alunos/profissionais puderam se reposicionar com relação às idéias de erro e de ineficácia, já que sua tarefa, nesse contexto, inclui apoiar os sujeitos no enfrentamento de suas limitações e adversidades da vida cotidiana. Ao falarem sobre sua percepção de que as ações da saúde não são suficientes para solucionar os problemas gerados pelas desigualdades sociais, demonstram ter revisto suas expectativas e seu papel:

(...) as carências são muitas, e isso gera uma urgência para tudo. (...) a pessoa não tem o que comer, é a violência, o esgoto, o saneamento básico. (...) Nós vemos coisas que nunca imaginávamos ver na vida. As pessoas moram em lugares absurdos. (...) O que adianta ir lá? O que você vai resolver? (...) Na nossa frustração, a gente acha que não está fazendo nada, que não está adiantando, às vezes a gente sente que está enganando o paciente, porque não vê o que aquela visita significa. Mas para o paciente, o simples fato de irmos lá tem (...) outro peso. (...) se nós fomos à casa dele, a satisfação foi maior do que ele esperava. O que fazemos é muito pouco, teríamos mais capacidade, o Brasil (...) poderia oferecer muito mais a seus cidadãos. Mas (...) quando nos desprendemos desse sentimento de culpa, de ineficácia, conseguimos construir algo e ajudar o paciente a pensar e se co-responsabilizar. Isso já é um atendimento e às vezes nenhum medicamento está envolvido (NP).

Embora pontuem a fragilidade das políticas sociais em nosso país, também manifestam que a Atenção Básica não pode fugir da responsabilidade de atuar nos múltiplos determinantes do processo saúde-doença: *Estamos aprendendo (...) que as questões sociais também causam dor e sofrimento, e isso nós, na Atenção Básica, temos que abraçar (NP)*. Destaca-se, no trecho anterior, o reconhecimento da necessária ampliação dos meios de trabalho e das finalidades das práticas em saúde, isto é, o desenvolvimento da co-responsabilização e da autonomia do usuário, como sugere Campos (2000a). Com esse desígnio, os alunos/profissionais puderam experimentar estar *junto* ao

outro, numa função de *suporte* e *apoio*, desviando-se do lugar de quem tem o dever de *resolver* ou de dar respostas prontas *para* o outro.

Ainda que os profissionais tenham dito, em diversos momentos, que passaram a estar mais atentos para não assumirem posturas excessivamente *apostólicas*, vale considerar que na Atenção Básica, por estarem em intenso contato com contextos sociais geralmente associados a situações de pobreza, violência e condições degradantes de existência, os profissionais se deparam cotidianamente com modos de vida que, por vezes, diferem dos seus próprios, e com formas de estruturação subjetiva que, eventualmente, chegam a desafiar sua capacidade de compreensão (Onocko Campos, 2005a). Nessa conjuntura, o grupo aponta que o contato com os usuários pode mobilizar *raiva* e *revolta*, e que no curso puderam aprender a identificar esses afetos e a lidar com eles a partir de um exercício reflexivo constante:

(...) não existe um manual prontinho para consultar em caso de raiva do paciente, por exemplo. Estamos aprendendo a lidar com essas situações, (...) conseguindo parar e refletir: “opa, eu estou com raiva, não posso ficar assim”. Você aprende a lidar com os sentimentos e (...) entender o ponto de vista [da pessoa]. Por que ela está naquela situação? Talvez ela não tenha os mesmos mecanismos e recursos que a gente tem, nossos contextos de vida são diferentes e não tem manual que ensine isso, é vivenciando que a gente aprende a lidar (NP).

Essa análise se aproxima do que apontamos em sessões anteriores sobre o modelo de formação necessário ao desenvolvimento de competências relacionais e afetivas. Voltando a Oury (1991), reafirmamos que esse tipo de aprendizagem extrapola a aquisição de teorias e conceitos, e deve se fazer por meio da *vivência* ou da *experiência*.

Os alunos/profissionais também fazem referência à identificação e reflexão sobre os próprios afetos durante a relação com os usuários como um recurso que pode lançar luz à clínica: *toda vez que o paciente nos desperta um sentimento de raiva, de tristeza ou de*

angústia (...) fazemos o retorno mais rápido (...), levamos para a reunião de equipe e pensamos o Projeto Terapêutico. (...) Se nos despertou esses sentimentos, é porque ele precisa de mais ajuda (NP). Aqui, podemos observar que a ênfase dada pelo curso na relação com o paciente e nas transferências que se produzem na clínica permitiu ampliar o repertório analítico dos alunos/profissionais para subsidiar suas intervenções. Em acordo com o que sugeriu Oury (idem, ibidem), o grupo também assinala a importância de estabelecer uma relação dialética entre a proximidade e o distanciamento quando são atravessados pela intensidade dos afetos: *Quando a gente gosta muito, (...) temos que ficar atentos para não virar uma relação de amizade (...), para não perdermos o nosso papel e não misturar. Quando perdemos esse limite a relação fica confusa (...). Os pacientes que geram irritação, temos que nos desarmar (...) e puxar para perto* (NP).

No entanto, a própria identificação dos afetos que aparecem na relação clínica não lhes é algo familiar ou trivial, e ainda é considerada uma dificuldade: *o desafio maior é saber identificar o que sentimos* (NP). Essa dificuldade (ou impossibilidade) se evidencia quando falam sobre os usuários que não aderem às suas propostas terapêuticas, revelando alguns limites e contradições em relação ao que referem ter aprendido. Admitem um grande incômodo quando o paciente não aceita suas proposições, sem, contudo, apresentarem alguma crítica com relação à isso: *(...) ficamos muito bravos: se eles não aderem, então danem-se! A equipe está aberta, é o paciente que não quer entrar* (NP). Esse incômodo se circunscreve às situações em que o paciente opta por não seguir as recomendações terapêuticas, mesmo tendo sido informado sobre os riscos:

(...) aquele velhinho que não quer tratar o câncer de próstata porque vai ficar perdendo xixi ou porque os amigos vão falar que dá impotência. (...) Ou o diabético que não faz dieta, está no máximo da medicação oral e não quer tomar insulina. Esse é difícil... Às vezes ele até fala além dentro do consultório, mas

depois não toma. E tem outras situações: o paciente que não adere, mas que continua indo na unidade todo mês. É esse que nos causa mais irritação, porque estamos propondo, ele não está fazendo e continua demandando nossa atenção. Tem o outro que não adere, some da unidade e depois volta numa crise. Esse a gente tem vontade de descascar! Mas o que dá mais raiva é quando estamos falando o ele tem que fazer e ele está pensando assim: “hã, hã... mas minha vizinha disse...” (...). E tem o paciente que não adere porque não consegue, não sabe ler a receita. Aí temos proposta, mobilizamos agentes de saúde e vizinhos, esses casos são os que têm solução (NP).

Essa explicação sobre os motivos pelos quais o paciente *não adere* nos indica que ainda é incipiente a compreensão sobre a multiplicidade de forças que incidem nos sujeitos e determinam seus comportamentos, posturas, juízos e decisões, como os processos inconscientes, as crenças religiosas, os valores, as características culturais, a inserção em determinadas instituições, entre outros. A argumentação parece partir de uma concepção cartesiana de sujeito, isto é, a idéia de que nossas ações e decisões seriam dominadas unicamente pela razão e que, uma vez bem *informado*, o paciente sempre faria opções conscientes sobre tratar-se ou não tratar-se. Essa concepção também parece estar presente em outro trecho: *Precisamos (...) ensinar o que é pressão alta, o que é diabetes, insulina, explicar que depois não terá mais jeito. (...) muitos pacientes evoluem mal, mas foram bem orientados* (NP). Assim, podemos pontuar que a compreensão e o manejo das motivações inconscientes e dos sentidos atribuídos pelo sujeito à sua doença e ao tratamento ainda precisam ser melhor incorporados na clínica.

Mas apesar dessa contradição (ou sobreposição de diferentes concepções), a narrativa também assinala como resultado do curso um desenvolvimento da capacidade de ouvir e de compreender as demandas do usuário, por meio de recursos que extrapolam a clínica tradicional: *Primeiro procuramos mostrar para o paciente que (...) estamos abertos para ouvi-lo. Aprendemos a enxergar além daquilo que ele está nos dizendo, porque muitas*

vezes ele queixa de uma coisa e o problema é o que se esconde atrás daquilo. Fazemos isso visitando a casa, entendendo onde ele foi criado, a fé que ele tem, como foi o desenvolvimento dele, o meio em que ele vive e a família (NP). Além disso, o grupo faz referência a uma série de atitudes *aparentemente simples e pequeninas* que, embora possam ser consideradas como requisitos básicos para iniciar qualquer relação terapêutica, precisam ser constantemente lembradas e exercitadas pelos profissionais:

Receber o paciente na porta, fazê-lo se acomodar, tirar sua bolsa do colo... A empatia, o repousar a caneta na mesa e o olhar no olho... (...) Já é um primeiro passo para o paciente se abrir e mostra que estamos disponíveis para ouvir. A visita desinteressada, sem jaleco, pode permitir conhecer a família de outro jeito. Saber que o paciente chega num momento de sofrimento e dor, mas que não é sempre assim, tem toda uma vida, e que a gente não pode avaliar só por aquele momento. Ou quando o paciente está vindo muito ao serviço, temos que perguntar o que está acontecendo, dizer que estamos percebendo que algo não está bem, que ora ele vem com dor de cabeça, ora com resfriado, e aí vamos aproximando e aprofundando. E perguntar (...) várias vezes até que o paciente sinta confiança e possa falar. Porque os pacientes já têm um jeito de ser paciente, que encaixa no jeito de ser do médico. O médico não quer saber o que está acontecendo, ele quer saber que remédio vai dar. (...) com os médicos os pacientes acham que têm que ter uma queixa física. Um grande equívoco nosso é a comunicação gestual. A gente mal olha na cara... o que isso comunica? (NP).

O grupo pontua, ainda, a singularização das intervenções e a combinação entre as demandas dos usuários e as ofertas terapêuticas: *Às vezes fazemos uma proposta e o paciente não gosta. Aí tentamos entender (...) e se for possível a gente negocia. (...) Temos que abordar tudo, o biológico inclusive, mas se começamos por outra abordagem, ele vai ganhando confiança e percebe que estamos interessados nele e não só na pressão ou no diabetes (NP).* É destacada a importância da participação do usuário na composição do Projeto Terapêutico, como um fator decisivo para a resolutividade de suas intervenções, demonstrando um reconhecimento da dimensão do sujeito, em cada paciente e em si mesmos, como organizadora da clínica:

(...) ele precisa estar junto desde o começo, senão ficamos propondo arrumar emprego, tentando vaga na creche, fazendo à revelia dele por achar que é o melhor, e na verdade o paciente não quer nada daquilo. Alguns de nós tivemos essa experiência com o caso acompanhado no curso. Hoje vemos que estávamos sendo muito prescritivos e que tínhamos que negociar mais. Se oferecemos algo pronto, é unilateral, não funciona. E temos que estar preparados para ouvir que ele não quer. Nossa tendência é ficarmos indignados, ficarmos longe dele porque ele não quis o que planejamos e sonhamos para ele. É como um escoteiro querendo atravessar o velhinho na rua, fazer a boa ação do dia! (NP).

Em vários trechos das narrativas os alunos/profissionais mencionam que sua participação no curso refletiu, para além da aquisição de conhecimentos, no desenvolvimento de *novas posturas* e de um *senso crítico* que os permitiu analisar e questionar suas próprias práticas, mas também reconhecer, em algumas situações, exemplos de uma clínica degradada:

Um de nós acompanhou um atendimento e se chocou com a abordagem do colega. Ele não estava atento para o que estava acontecendo na família, as suas perguntas eram todas sobre a vacinação, a alimentação e, claro, encaminhamento para a psicóloga, para avaliar a dificuldade de aprendizado! Tinha tanta coisa para ser entendida e abordada ali... (NP).

Em outra situação, um de nós estava atendendo uma garota que chorava muito. Foi investigando e percebeu que estava deprimida e havia risco de suicídio. Então foi pedir ajuda para a psiquiatra e a resposta foi: “10 gotas de haldol, um comprimido de fenergan, duas fluoxetinas”. Foi um choque, é uma vergonha esse tipo de atitude (...). Essa indignação foi fruto do curso (NC).

Em várias passagens das narrativas o grupo pontua que a experiência no curso contribuiu para a incorporação dos aspectos subjetivos e sociais em suas práticas clínicas, e que isso resultou em intervenções mais eficazes e resolutivas:

Agora aprofundamos mais para entender o que se passa. Como é que podemos atender alguém só focando na queixa? Desenvolvemos autonomia para abordar esse tipo de coisa sem precisar ser psicólogo ou psiquiatra, sem precisar ser da saúde mental. O curso nos deu autonomia para tentar descobrir outras coisas que estão relacionadas com o que o paciente está apresentando, e que nos ajudam a ter mais resolutividade (NP).

Embora afirmem que em suas práticas foram atenuadas as supostas fronteiras entre a saúde física/biológica e a saúde mental, podemos observar uma nova contradição que, juntamente com o que foi assinalado acima, também é relativa à concepção de sujeito que rege a prática clínica: *Para (...) ouvirmos mais, precisaríamos ter agendas menos lotadas (...). Pois numa consulta de 20 minutos mal cabe o biológico... O subjetivo de ninguém cabe em 20 minutos!* (NP). Aqui podemos notar uma dificuldade de compreender a subjetividade como encarnada, corporificada no sujeito (Bezerra Jr, 2007; Birman, 2007; Serpa Junior *et al*, 2007), isto é, que não existe o subjetivo sem o biológico e vice-versa. Partir da dualidade mente/corpo representa um obstáculo intransponível para lidar com a complexidade do ser humano, complexidade esta que deve ser levada em conta até mesmo num contexto de atenção mais pontual, como um Pronto Atendimento. Isso significa que não bastaria um encontro prolongado para “incluir” o subjetivo, se a concepção de sujeito pautar-se nessa dualidade. Nesse caso, a escuta pode representar uma escuta burocrática, do tipo “relações públicas”, em que o profissional abre espaço para a fala, mas não incorpora em suas análises e intervenções os sentidos e significados produzidos pelo sujeito, que deveriam ser entrelaçados ao processo saúde-doença e se constituir como material para a composição das intervenções.

Essa disjunção também aparece numa ressalva feita com relação à negociação das propostas terapêuticas: *Na parte clínica é mais difícil negociar. (...) Mas num Projeto Terapêutico o paciente tem que trabalhar junto. Senão a gente dá com os burros n'água, planeja um monte de coisas e o paciente não quer* (NP). Essa ressalva também indica a presença da separação saúde física/biológica e saúde mental. Ou seja, quando se faz um Projeto Terapêutico, geralmente para lidar com casos complexos, em que a incidência dos

aspectos subjetivos e sociais aparece com clareza, seria preciso (e possível) incluir as demandas e significados do paciente para compor as propostas terapêuticas, o que parece não ocorrer nas intervenções mais focadas no aspecto biológico. É evidente que em determinadas situações ou em determinados momentos é necessário focalizar os determinantes biológicos da doença, mas isso não exclui a importância do diálogo, da negociação e da compreensão da doença como parte da existência do sujeito, pois, como já discutimos, as intervenções excessivamente prescritivas tendem a perder em eficácia terapêutica.

Importa-nos destacar que, apesar dos inúmeros avanços sobre a prática clínica, apontados durante os grupos focais, permanecem como desafio o seu aprofundamento e uma maior apropriação das formas de manejo da subjetividade, especialmente à luz das contribuições da psicanálise relativas à unidade mente-corpo e à concepção de sujeito como movido (também) por processos inconscientes. Certamente, esse desafio dificilmente poderia ser transposto apenas por meio do processo formativo que realizamos, mas necessitaria ser constantemente buscado em espaços de reflexão conjunta nos serviços, a fim de realimentar o que foi possível produzir nesta experiência.

De todo modo, reafirmamos, juntamente à avaliação dos próprios alunos/profissionais, os efeitos significativos do processo formativo na direção da ampliação da clínica, por meio do desenvolvimento de sua capacidade para refletir; compreender os afetos na relação clínica; se sensibilizar e se abrir para a escuta e para o contato com o outro em suas diferenças; e compartilhar sua análises e decisões, tanto com os usuários, como com a equipe e com outros profissionais da rede. Em realidade, essas conquistas apontadas nas narrativas e por nós observadas durante o processo formativo

significam que expressivos movimentos de mudança, tanto de concepções como de posturas e práticas, foram disparados a partir da inserção no curso, mas, evidentemente, não representam uma completa subversão da racionalidade biomédica. As narrativas dos alunos/profissionais e, inclusive as contradições nelas contidas, nos indicam que o curso foi capaz de introduzir outros referenciais para orientar as práticas clínicas, os quais, mais do que se sobrepor à lógica da biomedicina, certamente provocam tensões e questionamentos que serão produtivos para desviar os profissionais dos automatismos.

6.2 Sobre a gestão e o trabalho em equipe: interfaces gestão-subjetividade

No grupo focal do curso, como estávamos processando uma avaliação geral do processo formativo, bem como das possibilidades de transposição dos conceitos trabalhados para o cotidiano dos serviços, a discussão concentrou-se fortemente no descompasso, observado pelos alunos/profissionais, entre o modelo de gestão e atenção proposto pelo curso e a direção política adotada pela Secretaria de Saúde de Campinas naquele dado momento histórico.

Segundo o grupo, a experiência no curso lhes permitiu rever o processo de trabalho e desencadear algumas mudanças que se encontravam em sua governabilidade: *A gente está refletindo sobre a nossa prática, tentando melhorar o que está ao nosso alcance, no micro (...), influenciados pelo que discutimos no curso. Mas o contexto macro tem nos causado muita indignação, pois temos analisado o panorama da cidade como um todo, os rumos que o campo da saúde tem tomado, a política, a falta de diretrizes da gestão atual (NC).* Referem que o embasamento teórico sobre os modelos de gestão dos serviços e da rede de

saúde lhes provocou questionamentos e uma maior capacidade de identificar equívocos no modo de organização do trabalho em seus serviços, como aponta esse trecho da narrativa:

(...) estamos conseguindo fazer uma crítica sobre coisas que não víamos antes. A gente nunca tinha parado para pensar naquela rotina de atendimento. Era para atender quatro por hora? Vamos atender. Cinco? Vamos atender. Quando você tem essa possibilidade de discutir não só a parte da clínica, mas a relação com os colegas e com a coordenação, quando você começa a entender a gestão do cuidado, muita coisa tende a mudar. A partir do momento em que começamos a ter uma base teórica, a pensar sobre o que pode ser mais qualificado para o cuidado, aí começam surgir aquelas interrogações: “O que eu estou fazendo? Isso aqui é pronto-atendimento! Eu vou fazer isso ou quero ter uma visão mais ampla do paciente, da sua rede social e o que está por trás daquela queixa? O que eu tenho para oferecer, quais as redes que eu posso disponibilizar?” Aí a gente pega esses questionamentos e vai para a coordenação: “Vamos priorizar as coisas que temos que priorizar?” E muitas vezes a resposta é “não”, porque o Distrito vai cobrar, vai encher de 156⁴⁰, vai diminuir a quantidade de atendimento. Hoje a diretriz não é o atendimento qualificado e sim a quantidade de atendimentos; a gente tem que pôr para dentro, passar por consulta o que chegar, mesmo que para isso você tenha que atender seis pacientes por hora. (...) está todo mundo fazendo atendimento ambulatorial, tudo compartimentalizado. Não pode ser assim, temos uma proposta de trabalhar em equipe, discutir os casos e os Projetos Terapêuticos, mas a gente tem percebido que o objetivo da coordenação e do Distrito é outro (NC).

A partir das reflexões realizadas no curso, passaram a entender que a implantação de um sistema de saúde, cujo eixo de sustentação deveria ser a Atenção Básica, requer investimentos políticos e financeiros diferentes dos que estavam sendo realizados pela Secretaria de Saúde: *A Secretaria de Saúde não sabe e não está preparada para fazer Saúde da Família, não sabe no que investir. Tanto que abrem pronto-socorro. (...) Falta investimento nas equipes, não era para termos 6000 famílias para uma equipe, principalmente em regiões onde a SUS-dependência é gigantesca (NC).* E, novamente, demonstram ter se apropriado do que seria a tarefa primária da Atenção Básica, indicando que têm utilizado o repertório teórico adquirido no curso para demarcar seus

⁴⁰ Ouvidoria da Prefeitura Municipal

posicionamentos e tencionar a discussão sobre os modelos de atenção e gestão para dentro dos serviços:

O curso nos ofereceu argumentos para entrar nesse embate. Por exemplo, quando a gente sabe que a visita domiciliar é uma atribuição nossa, essencial na Atenção Básica, a gente não deixa mais de fazer uma visita para atender aquele paciente que chegou com gripe. Isso o pronto-socorro vai atender. Mas se eu não fizer essa visita, algum serviço vai fazer? Então essa é nossa prioridade, a gente tem que dar conta disso. O curso qualificou nossa argumentação, nossa crítica, mas o problema é que a gente ainda está perdendo a discussão. (...) conseguimos fazer uns 50% do que discutimos no curso. Se a gestão estivesse junto, talvez chegássemos a 100... (NC).

Na avaliação do grupo, a Secretaria de Saúde não possuía ou não afirmava com clareza, naquele momento, um projeto político para a organização do SUS na cidade, o que produzia grandes lacunas na gestão e permitia a existência de orientações bastante heterogêneas para a conformação das Unidades Básicas de Saúde:

Como nós não temos um modelo claro, os serviços acabam ficando muito “coordenador-dependentes”, ou seja, aquele coordenador que se identifica mais com o Programa de Saúde da Família desenvolve um tipo de serviço, mais coeso, com o pessoal falando a mesma língua. Aquele que fica preocupado com o que o Distrito e a Secretaria vão falar, faz um serviço centrado no pronto-atendimento. Quando o coordenador tem clareza do papel da Saúde da Família, ele sabe o que esperar e o que cobrar das equipes, sabe que não temos que olhar só para a demanda, mas para as nossas prioridades (NC).

Essa percepção do grupo coincide, em alguma medida, com as análises que vínhamos fazendo nas reuniões de supervisão entre os apoiadores e coordenadores do curso sobre a conjuntura política da saúde na cidade, com base em nossas diferentes inserções na rede SUS-Campinas. Questões e dificuldades decorrentes dessa indefinição sobre o modelo de saúde estiveram presentes durante todo o curso, produzindo um clima de instabilidade e insatisfação que freqüentemente tomava conta das discussões de caso. Dentre as questões que se sobressaíam nas queixas dos alunos/profissionais, ressaltamos a nebulosidade em torno das diretrizes assistenciais para a Atenção Básica; um reduzido investimento no

fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família; e a ausência de projetos institucionais para enfrentar o acúmulo de problemas relativos à infra-estrutura, à contratação de pessoal e à alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. Todas essas questões representaram grandes entraves para a concretização dos movimentos de mudança que estavam sendo provocados pelo curso, mas não deixaram de se constituir como material de análise para o processo formativo. O teor da narrativa do grupo focal de avaliação do curso demarca os ganhos obtidos pelos alunos/profissionais em termos de um significativo aumento de sua capacidade de se posicionar criticamente diante da gestão, de participar do debate político e de assumir papel ativo na busca pela consolidação dos princípios do SUS.

Apesar das dificuldades apontadas acima, podemos observar nas narrativas alguns avanços na constituição do trabalho em equipe, que foram provocadas pelas intervenções dos alunos/profissionais:

(...) estamos começando a fazer as reuniões valerem aquelas horas, serem mais centradas nos problemas e mais eficientes. Temos cobrado mais nossos colegas, pedimos que façam as visitas, que marquem os exames, que dêem retorno aos pacientes, e também pedimos à coordenação que cobre quem não têm cumprido as tarefas. Começamos a valorizar mais os agentes de saúde e a amplitude de seu trabalho, e temos tentado potencializar sua atuação. Estamos movimentando todo mundo! E insistimos que as coisas sejam levadas para a reunião. Se alguém está organizando um grupo, pedimos para não organizar fora, para levar para a equipe, para a equipe participar, se apropriar, para ser o grupo da equipe. Porque se a equipe entende aquilo, ela vai cuidar, vai nutrir (NC).

Referem que, ao intervirem em suas próprias equipes na tentativa de aprimorar o espaço coletivo, perceberam a reverberação desses movimentos junto a outras equipes:

Quando você faz alguma mudança no micro, as pessoas estão vendo, você vai mostrando quais os benefícios de se fazer daquela forma. (...) Num serviço conseguimos institucionalizar a reunião de equipe semanal e temos planejado melhor o trabalho, revimos nossas prioridades, organizamos a atenção aos diabéticos e hipertensos. E nesse caminho a equipe foi virando uma equipe de verdade e fomos contagiando as outras que estavam cambaleando. Hoje as quatro equipes daquele Centro de Saúde fazem reunião semanal, com duas horas de

duração. Num outro serviço a coordenação até estimulava, mas todo mundo afrouxava e a recepção tomava a agenda da reunião. Hoje isso está combinado e o espaço é garantido. Isso foi o curso que nos fez brigar e conseguir (NC).

Aqui, podemos observar alguns elementos que, como já discutimos, são essenciais para a constituição do trabalho em equipe e do espaço coletivo como espaço de gestão da clínica. A institucionalização das reuniões, a sua valorização como momento tão importante quanto os atendimentos e a definição de sua regularidade, ajudam a criar um *setting* protegido para o processo grupal, por meio do qual a equipe pode vir a desenvolver maior sentido de pertença e confiança para analisar as dificuldades do trabalho e tomar decisões coletivamente, sem deixar de considerar os conflitos e as diferentes formas de inserção de seus membros. Ainda, a narrativa do grupo remete ao processo operativo e à centralização na tarefa como catalisadores da grupalidade (Pichon-Rivière, 1985), quando apontam que as reuniões devem ser *centradas nos problemas*, no *planejamento* do trabalho e na revisão de *prioridades*. Vale notar, ainda, os exemplos citados na narrativa em que, ao constituir um espaço onde se compartilha experiências, a equipe *foi virando uma equipe de verdade*, o que nos remete à constituição de espaços transicionais, de que falava Winnicott (1975). Essas bases para a constituição do trabalho grupal foram bastante discutidas junto aos alunos/profissionais, tanto no que se refere às suas intervenções em andamento nos serviços, como à nossa própria experiência em grupo, e podemos indicar que foram bem incorporadas.

O grupo faz uma reflexão sobre as dificuldades a serem enfrentadas na proposição de um processo de mudança, considerando que o modelo de atenção em questão envolve o desenvolvimento de co-responsabilização e de compromissos que implicam sair de uma posição, de certa forma confortável, assegurada pelo esquema “queixa-conduta”, para se

defrontar com desafios e incômodos, os quais nem sempre os profissionais estão dispostos a lidar:

O que o curso propõe é algo muito complexo, que dá trabalho. É difícil conseguir que a equipe se comprometa mais com o paciente, com o futuro. Porque o trabalho é muito mais confortável quando é feito no piloto automático, sem compromisso. É mais fácil só fazer o papanicolaou, só dar as receitas e tanto faz o que aconteceu dali para fora. É mais fácil ficar no Centro de Saúde tocando quem chega, só se livrando, do que sair a campo e ver o que tem em volta (NC).

Conforme discutimos, nem sempre os interesses e as visões de mundo dos sujeitos coincidem, o que nos impõe reconhecer, no trabalho conjunto, a existência inevitável da diferença e do conflito. Como propõe Campos (2000a), a constituição do trabalho em equipe depende da construção de contratos e compromissos que possibilitem a associação entre os interesses individuais e coletivos, sempre tendo como base as finalidades do trabalho em saúde e das instituições. Também já apontamos a definição do “para que” da equipe, isto é, de um objetivo ou de um projeto comum, como condição que favorece a construção da grupalidade e ajuda a sustentar as dificuldades de estar num coletivo (Kaës, 1991; Winnicott, 1975). O grupo demonstra ter se apropriado da importância da elaboração desse projeto para criar alguma “liga” entre os membros e propiciar que a equipe pactue os sentidos do trabalho. Além disso, indicam que esta é uma tarefa a ser feita permanentemente; o coletivo como processo:

(...) quando tem um projeto, quando abraçamos juntos uma proposta de fazer Saúde da Família, leva um tempo, mas depois as coisas vão começando a acontecer. É claro que tem fases em que o pessoal está motivado e outras em que está desmotivado. Então, quando estamos desmotivados, a equipe tem que dar um chacoalhão: “Vamos mudar! Vamos tentar de novo!” É um processo, você não fica bem o tempo todo e também não fica mal o tempo todo. Temos altos e baixos e a equipe tem que saber lidar com esses processos (NC).

Ao falarem sobre as dificuldades de estar em relação com o outro – tanto na clínica, como junto à equipe – os alunos/profissionais fazem referência a uma função gerencial que

se distingue do modelo gerencial hegemônico ou taylorista (Campos, 2000a), em que o gestor somente controla, ordena, programa: *Nós precisamos de um mediador, alguém que nos apóie (...). O gestor tinha que ser um profissional menos supervisor e administrador, e mais capaz de unir e analisar, capaz de ouvir, por exemplo: “a paciente falou tal coisa e me deu um ódio...”*. (...) *Se a equipe não divide, não se co-responsabiliza, então tem que ter um santo que fique no meio, unindo todo mundo e é o que o gestor muitas vezes não é* (NP). Note-se que a narrativa aponta a necessidade de o gestor mediar os conflitos, ajudar na integração da equipe e compreender, analisar e intervir, oferecendo apoio à constituição do grupo.

Como já discutimos, a “função apoio” implica em dois movimentos: oferecer suporte e empurrar o grupo (idem, ibidem). Nesse trecho da narrativa, o “pedido” pelo apoio do gestor nos remete à função suporte, que Winnicott (1975) atribui à figura materna: a capacidade de sustentar, amparar, cuidar, proteger (o *holding*). Mas também pudemos observar, em trechos já discutidos acima, que o grupo faz referências ao segundo movimento. Quando pontuam que o gestor precisaria *cobrar* a qualidade dos atendimentos e a concretização das atribuições da Atenção Básica ou, por exemplo, quando dizem: *pedimos à coordenação que cobre quem não têm cumprido as tarefas* (NC), estão se referindo à função de *empurrar* a equipe na direção de seus objetivos (o *handing*): oferecer caminhos e recursos de acordo com o objeto de trabalho, objetivos e resultados esperados. Foi dessa forma que trabalhamos a gestão durante o curso, como instância capaz de atuar nos processos intersubjetivos que estão em jogo no trabalho em saúde, mas sempre considerando as finalidades da instituição na qual a equipe está inserida (Onocko Campos, 2003a).

Além do gestor, o grupo também destaca o apoiador matricial como alguém que deveria contribuir à construção do trabalho em equipe. Porém, apresentam alguns limites com relação à forma com que o apoio matricial vinha realizando-se na rede de Campinas:

O apoio matricial (...) está sendo feito de uma forma pouco resolutive. Muitas vezes não há coerência entre o tema abordado pelo matriciador e o tema que a equipe tem urgência em discutir. Ou o matriciamento vem para desafogar (...) e o profissional vem apenas para atender a população. O apoio matricial tinha que trabalhar as relações entre a equipe, aprimorar a sintonia... Lidar com os conflitos (...), trabalhar as frustrações, as decepções... As dificuldades no processo de trabalho, o que não está dando certo e o que está acontecendo para dar errado. (...) O matriciamento também é importante para nos fortalecer quando estamos no limite com algum paciente, quando estamos inseguros para avançar. Pois temos vínculo com o paciente e não ficamos satisfeitos em apenas encaminhar. Seria bom se o apoio matricial nos instrumentalizasse. Continuaríamos com o paciente, mas com alguém nos apoiando ou atendendo junto. Seria bom se o matriciador observasse nosso atendimento, fosse nos dando autoridade para abordar, nos ensinando a fazer uma abordagem mais ampla. (...) Sabemos que essa era a intenção do apoio matricial, mas não é isso que acontece, embora tenhamos realidades diferentes. Alguns de nós temos boas experiências: a psicóloga vai uma vez por mês nas reuniões e discute os casos, muitos ela só orienta, alguns ela atende junto. E dá apoio se a equipe não está funcionando bem, trabalha com as questões internas. Já em outros Centros de Saúde há vários profissionais de saúde mental, mas cada um trabalhando em seu consultório. Nós mandamos o paciente e ele nunca volta, não tem alta, não há conversa, a gente nunca troca e a equipe nunca aprende nada (NP).

Nessa análise, podemos identificar uma boa compreensão do arranjo apoio matricial, em sua dimensão técnico-pedagógica – discussões de caso, apoio pedagógico sobre temas específicos, intervenções conjuntas com a equipe – e em sua dimensão assistencial – atendimentos clínicos para os casos que demandam atenção especializada (Campos, 1999). No entanto, além de lamentar o modo equivocado com que vem sendo operado ou o reduzido aproveitamento das potencialidades do arranjo, o grupo não faz referência a nenhuma intervenção concreta junto ao apoiador, no sentido de recontratarem os objetivos dos encontros, a definição dos temas de discussão ou do papel do apoiador junto à equipe. Não cabe aqui interpretarmos os motivos dessa posição de passividade com

relação ao apoiador, já que essa discussão não aparece na narrativa dos grupos focais. Apenas gostaríamos de apontar para um distanciamento entre as equipes e os apoiadores matriciais da saúde mental, pois isso também apareceu no contexto do caso de D. Ana, que analisamos anteriormente. Na narrativa da equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno encontramos uma referência significativa sobre isso: *ainda temos muita dificuldade com os casos de saúde mental... Nós ficamos muito tempo sem apoio, e a equipe do CAPS sempre foi muito distante, estiveram aqui umas duas vezes, mas não havia retorno, não dava casamento. Mesmo no caso da D. Ana eles nunca nos atenderam. Ficaram de fazer visita e não foram.* Embora Campinas tenha sido pioneira na implantação do apoio matricial e sua experiência tenha orientado a criação dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) pelo Ministério da Saúde, é importante pontuar que ainda existem muitos desafios para a reordenação da relação entre Atenção Básica e áreas especializadas na rede de saúde da cidade. Consideramos que a inserção dos profissionais no curso contribuiu para a reflexão sobre o papel do apoio matricial, porém sua capacidade de intervenção junto às dificuldades cotidianas para seu adequado funcionamento ainda precisa ser melhor trabalhada.

Mas retomemos a discussão sobre o apoio tomado como uma “função”. Vimos que os alunos/profissionais apontam que o suporte à constituição da equipe é essencial e deveria ser composto nas instâncias de gestão. Em sua avaliação, essa “função apoio” deveria ser assumida pelo próprio gestor e, em alguma medida, pelo apoiador matricial da saúde mental, e vale acrescentar que, eventualmente, o apoio poderia ser ofertado por algum agente externo, como um apoiador institucional. De todo modo, o grupo aponta a necessidade de um *lugar* e um *tempo* para que esse apoio possa se dar, possibilitando que o processamento dos conflitos e das angústias sentidas pelos profissionais seja configurado

como material de trabalho da equipe: (...) *que isso se desse num espaço legítimo, não na cozinha, na hora do café, para a equipe tomar decisões em conjunto e escolher as melhores intervenções* (NP). Onocko Campos (2003a) se refere às instâncias de gestão como vírgulas – vírgulas do fazer: *“Como quando lemos em voz alta e vem a vírgula: Ah! Dá para respirar. Quem já tentou cantar sabe da sensação de que falo. Para cantar é preciso saber como e quando respirar. Creio que temos um papel de tornar possível experimentar um espaço no qual seja possível perceber o ritmo do respirar”* (Op. Cit: p.141). No seguinte trecho, o grupo pontua a carência dessas vírgulas para processar os acontecimentos, analisar os rumos do trabalho e as relações:

Você está chegando com a maleta da visita e o gestor já está com três prontuários, te dizendo: “olha, tem um na observação, tem outro ali no consultório”. É assim! Você não tem tempo nem para chorar ou ficar feliz com o brilho no olho do coitado que recebeu a visita... Algum dia, algum gestor bateu nas suas costas e perguntou: “e aí, como foi sua visita?” Nunca... (NP).

A questão da sobrecarga e do desgaste dos profissionais aparece em vários trechos das narrativas, tanto no que se refere ao contato permanente com a dor, o sofrimento e as situações de pobreza e violência, quanto no que se refere à insuficiência de recursos na rede para compartilhar o trabalho: *Precisamos do apoio dos serviços de saúde mental e muitas vezes não temos. As equipes são incompletas e nós é que temos que abraçar tudo* (NP). A sobrecarga de trabalho é também apontada como resultante da pressão de uma demanda percebida como crescente e incongruente à capacidade e aos recursos do serviço: *A demanda é enorme, bate todo dia na nossa porta, pede no corredor, pede no estacionamento, incomoda muito e nos causa muito sofrimento. (...) A realidade na ponta está muito cruel, você está com uma faca no seu peito, tendo que dar conta de uma*

demanda que só aumenta, atendendo de qualquer jeito, sem tempo para pesquisar o prontuário ou pensar uma saída, porque você já tem outro na porta para atender (NC).

Considerando esse cenário, em que o profissional se sente oprimido, *com uma faca no peito*, o grupo destaca o espaço coletivo como um espaço de produção de saúde dos próprios profissionais. Destacam também o papel do gestor em propor a reflexão da equipe sobre si mesma, ajudando a aprimorar sua capacidade de lidar com os conflitos e sofrimentos:

De que adianta a gente humanizar para fora e não humanizar para dentro? As relações vão ficando difíceis, a gente briga, extrapola o limite do outro. Muitas vezes, nós é que ficamos de mediadores, entre nosso próprio sentimento e o sentimento da equipe, para tentar construir alguma coisa. Porque construir numa equipe heterogênea e esfacelada é muito difícil (...). É importantíssimo ter o espaço da equipe não só para discutir os casos, mas para nos discutirmos, nossas dores e frustrações. Achamos que é papel do gestor fazer essa mediação, cuidar do convívio, olhar para o funcionário (NP).

Um apontamento que nos interessa pôr em evidência, como importante resultado do processo formativo, é a avaliação do grupo de que o curso operou como “vírgula”. A despeito da ausência ou da implantação ainda incipiente de um espaço coletivo continente no serviço, o curso parece ter contribuído para que os alunos/profissionais se apropriassem de seu próprio trabalho, o que produziu alguma mudança na percepção da sobrecarga e do desgaste.

Nesse tempo de curso, o grupo funcionava como um espaço em que a gente podia discutir as angústias e as perdas. Nós esperávamos a terça-feira para ter esse apoio, e saíamos muito fortalecidos, podendo aprender com as experiências do outro. Mas nem todo mundo tem esse espaço e achamos fundamental haver isso nos serviços para cuidarmos de nossa própria saúde. Nós temos nas unidades muitos afastamentos de profissionais por sofrimento mental, que estão relacionados ao trabalho clínico. Tem um envolvimento afetivo e é impossível não nos envolver com os problemas com que lidamos. Todos nós precisamos processar o sofrimento, a dor, a impotência gerada no trabalho, isso é saúde do trabalhador (NP).

Consideramos como um grande sucesso do curso a própria experiência de construir coletivamente sentidos para o trabalho, pois, ao promovermos um espaço de compartilhamento das vivências e dos saberes, pudemos contribuir para a descoberta de potências (e o reconhecimento de inevitáveis limites) dos sujeitos; para a expansão de sua capacidade crítica, inventiva, de participação e intervenção no mundo; e para uma maior identificação com sua própria “missão” como profissionais da Atenção Básica e do SUS, como veremos nos próximos tópicos.

6.3 Sobre a gestão de si mesmo ou o “ser profissional de saúde”: o trabalho como obra

Para além das mudanças nas concepções e nas práticas profissionais relativas à clínica, à gestão e ao trabalho em equipe, as narrativas evidenciam efeitos do curso em outros âmbitos da vida dos participantes: *Sentimos que hoje estamos mudados em vários aspectos, até na nossa vida pessoal. A maneira de lidar com os filhos, tentando entender, perguntando o que está acontecendo, chamando para conversar de outra forma. Paramos de fragmentar o conhecimento, a vida* (NP). Consideramos que esses desdobramentos pedagógicos foram proporcionados pela metodologia utilizada no processo formativo, especialmente pela ênfase dada ao papel dos sujeitos na construção do conhecimento e do mundo; às conexões entre saber, prática profissional e vida cotidiana; e à reflexão sobre os afetos na clínica e nas relações com a equipe, como podemos entender do conjunto das narrativas. O seguinte trecho exemplifica essa reflexão sobre a “gestão de si mesmo”: *Temos analisado nossa postura e percebemos que muitas coisas que a gente apontava que os pacientes tinham que mudar, eram coisas que a gente também deveria mudar. Numa*

aula fizemos nosso mapa da rede de apoio e ficamos espantados. Percebemos que para compreender a mudança ou a dificuldade do outro, nós temos que olhar para as nossas também (NC).

As narrativas apontam o desenvolvimento de competências e habilidades relacionais, extrapolando a aquisição de conceitos e teorias, o que, como já dissemos, somente se faz possível por meio da experimentação e da prática: *Alguns de nós assumimos uma postura de mais liderança na equipe. Outros, que nunca manifestávamos opiniões, agora nos colocamos e sempre participamos das discussões. O curso potencializou nossa ação (...) como pessoas. Hoje conseguimos olhar para a realidade do outro, nos colocar naquela realidade (NC).* Essas mudanças foram, inclusive, identificadas por seus colegas de trabalho que não participaram do curso, o que corrobora nossas análises: *Alguns de nós nem tínhamos percebido nossa própria mudança, mas tivemos esse retorno do coordenador ou da equipe. Nós acabamos fazendo diferença para a equipe (NP).* Vale lembrar que a percepção da equipe sobre as mudanças de postura dos alunos/profissionais também aparece na narrativa da equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno sobre o colega Arthur: *Achamos que o Dr. Arthur mudou muito nesse tempo de curso. Ele amadureceu, ampliou a visão e tenta o tempo todo trazer isso para a equipe.*

O desenvolvimento da capacidade crítica foi igualmente enfatizado: *Nós passamos a observar mais, a ser mais críticos. Passamos a enxergar os nossos erros, os erros da equipe e a cobrar mais por isso (NC).* O grupo refere que seu posicionamento crítico tem gerado certo incômodo por parte de alguns profissionais nos serviços: *E aí, quando você questiona, você começa a ser o problema. Em alguns serviços o pessoal começou a nos olhar torto, porque a gente passou a reclamar do que não estava certo (...): “olha, o PTS*

*dessa família é semanal, o agente não está visitando...” (NC). Viramos “cri-cris”, pegamos no pé (NP). Contudo, avaliam que essas tensões são produtivas para romper com o instituído e construir novas formas de pensar e agir: *achamos melhor brigar e nos incomodar do que nos manter acomodados como estávamos. É ruim se sentir estagnado, é preciso aprender coisas novas* (NC).*

As narrativas apontam que o curso exerceu uma função estruturante na identificação dos alunos/profissionais com o próprio trabalho: *O curso foi um estímulo e uma motivação muito grande. Quando resolvemos um caso ou conseguimos pequenas coisas, nos damos conta de que podemos fazer diferença, de que o nosso trabalho tem um valor. Quando a equipe está coesa a gente faz diferença* (NC). Essa análise do grupo nos remete ao que Kaës (1991) denomina como aderência narcísica à tarefa primária, isto é, uma identificação favorável com a “missão” da instituição. A aderência narcísica propicia o investimento psíquico dos profissionais em suas práticas e a construção de uma imagem que os recompensa narcisicamente.

Tomando o conjunto das narrativas, podemos afirmar que a inserção no curso de fato possibilitou a atribuição de um valor positivo para o trabalho na Atenção Básica. Ainda, contribuiu para desconstruir certos preconceitos em torno da atuação nesse contexto, para gerar maior gratificação e até certa alegria no trabalho, o que aparece de forma bastante expressiva nos seguintes trechos:

Aprender a lidar com o psicossocial e com a clínica da Saúde da Família nos deu a impressão de que agora é que nos tornamos médicos e enfermeiros (NC).

E aquele preconceito, de sermos uma equipe que trabalha no “postinho” de saúde, diminuiu muito para nós. Ficamos muito felizes de ver profissionais dedicados a esse trabalho, com amor, independente do que os outros pensam ou deixam de pensar. (...) não temos interesse em trabalhar em Hospital Escola, ter esse status. A gente está preocupado em se melhorar, ser capaz de fazer diferença para aquela comunidade. Isso nós achamos bárbaro, nos orgulhamos desses

profissionais nos vários Centros de Saúde, que trabalham com amor e dedicação, anônimos... (NP).

Como destaca Campos (1997; 2000a), a realização profissional e existencial dos profissionais de saúde depende do reconhecimento – por parte da sociedade e deles próprios – dos resultados de seu trabalho, isto é, da apropriação de sua *obra*, como algo digno da admiração e do respeito público. E a re-ligação dos profissionais e das equipes à sua *obra* se faz possível por meio da articulação (aproximação) entre os objetos de investimento dos profissionais, seu objeto de trabalho e a produção de valores de uso. Sendo assim, consideramos que, ao estimular o comprometimento dos alunos/profissionais com o projeto institucional da Atenção Básica, o curso operou como um dispositivo de desalienação e restauração do trabalho em saúde como *obra*.

6.4 Sobre o Apoio Paidéia: o coletivo e a experiência de “(co)mover-se”

O curso é esse grupo (NC). Essa é a definição dos alunos/profissionais para o processo formativo. Embora o curso fosse constituído por outras instâncias, como as aulas teóricas, as ferramentas de educação à distância e os cenários de prática, as narrativas evidenciam a intensidade da experiência coletiva de compartilhar reflexões, análises e intervenções, com destaque para a associação entre o conhecimento e a prática, proporcionada nas discussões de caso:

(...) estar nesse grupo mudou nossa maneira de pensar. Aprendemos uns com os outros, essa troca foi um presente para nós. (...) Quando a gente via como o colega lidava com o paciente, as preocupações que ele tinha para resolver o caso, parece que ia ficando mais fácil resolver os nossos problemas lá no serviço. (...) A troca que fazíamos tem uma função que não existe em lugar nenhum. As aulas teóricas foram importantíssimas, mas um livro, qualquer um pode pegar e ler. Então as aulas foram complementares à formação em grupo e à discussão de caso (NC).

Como já assinalamos, o espaço coletivo promovido no curso foi fecundo para os alunos/profissionais exercitarem “estar em relação”, apurar a sensibilidade e, a partir das trocas e compartilhamentos, ampliar seu repertório analítico e operativo. Assim, podemos dizer que esse exercício de relação entre os sujeitos propiciou ao grupo a experiência de “comover-se”, de “mover-se junto”, considerando que a palavra *emoção* tem sua origem no latim *emovere*, “mover”, “mudar de lugar”, e *commovere*, “mobilizar, mover conjuntamente”, isto é, quem se “comove”, se move de seu estado a partir da ação de (e com) outros.

Sobre as discussões de caso, os alunos/profissionais apontam a diversidade dos temas que delas emergiram: *No começo (...) só trazíamos casos de saúde mental ou que envolviam problemas sociais. Depois nós mesmos fomos diversificando e discutimos casos de gestão, de saúde coletiva, de saúde ambiental* (NC). Essa diversidade permitiu que percorrêssemos a amplitude do trabalho na Atenção Básica e incitou o grupo a analisar dilemas e impasses nos diferentes campos da prática e a desenvolver sua criatividade para compor as propostas de ação, favorecendo a troca de experiências e as ressonâncias da intervenção de cada aluno/profissional no processo de aprendizagem do grupo: *Trocamos muitas experiências e aprendemos muito com esse intercâmbio, coisas que não imaginávamos que podiam ser feitas, idéias brilhantes surgiram aqui. Com isso desenvolvemos nossa criatividade nos casos e na gestão da clínica. Nós fomos desbravadores!* (NP).

A ênfase dada pelo curso ao aspecto relacional das intervenções em saúde é apontada pelo grupo como algo que favoreceu a reflexão sobre si mesmos: *A forma de escolher o caso que acompanharíamos no curso contribuiu para que trabalhássemos*

nossas posturas e nossas habilidades. Escolhemos o caso com que tínhamos mais identificação e mais dificuldade, então fomos aprendendo a lidar com as nossas implicações (NP). A nosso ver, o modo como pensamos o caso e seu processo de escolha, valorizando a singularidade da experiência registrada pelo olhar e pela escuta do profissional e da equipe, ou seja, considerando-o não como “um caso”, mas como “o caso” ou “o caso do profissional x ou da equipe y” (Balint, 1988; Nasio, 2001), de fato propiciou que os alunos/profissionais se situassem a si próprios na relação e criou aberturas por meio das quais pudemos apoiá-los a defrontar-se com seus preconceitos, medos, angústias e defesas.

Nas narrativas também aparecem as modificações realizadas na dinâmica das discussões de caso, que foram propostas a partir das avaliações periódicas feitas pelos alunos/profissionais e também da análise dos processos grupais das quatro turmas do curso, realizadas no espaço de supervisão dos apoiadores:

A dinâmica foi mudando também, isso ajudou a não ficar cansativo. Passamos a trazer uma revisão teórica sobre o tema do caso, o que tornava o aprendizado mais vivo que algumas aulas. Depois passamos a assumir a coordenação das discussões e foi mais uma oportunidade para aprender algo novo. Foi difícil fazer a coordenação, alguns de nós nos sentimos torturados porque o pessoal pergunta muito! Mas a nossa turma tem uma ligação boa (NC).

No decorrer do curso, a partir do primeiro momento avaliativo, percebemos que seria mais proveitoso se a aula teórica ofertada na segunda parte dos encontros coincidissem com o tema predominante do caso discutido no dia. Porém, seria impossível operacionalizar uma mudança nesse sentido, já que duas turmas se juntavam para as aulas teóricas e os casos discutidos em cada uma eram, obviamente, diferentes. Dessa forma, solicitamos que o aluno/profissional responsável pela apresentação do caso passasse a trazer, além de seu relato, uma revisão teórica sobre o principal tema envolvido. Isso propiciou uma maior

aproximação entre teoria e prática, e ajudou a enriquecer as discussões e intervenções. Além disso, quando o tema era novamente abordado na aula teórica pelo professor convidado, o grupo já estava aquecido pela discussão anterior e podia aprofundar a reflexão conceitual.

Outra modificação se refere ao rodízio da coordenação das discussões de caso, realizada em torno da metade do curso. Ela foi proposta a partir da análise de um conflito que se intensificava numa das turmas (turma D), em que os alunos/profissionais expuseram sua percepção de que os apoiadores assumiam uma postura demasiadamente diretiva e, assim, inibiam a participação do grupo na colocação de suas opiniões. No espaço de supervisão dos apoiadores, avaliamos que essa reivindicação representava um movimento positivo, em termos da autonomia do grupo para questionar a condução dos apoiadores e da busca por ampliar seu protagonismo nas discussões. Assim, surgiu a idéia de que os próprios alunos/profissionais experimentassem coordenar as discussões, o que seria mais uma oportunidade para desenvolverem competências e habilidades que podem enriquecer as práticas clínicas e de gestão.

A partir da análise do processo de ensino-aprendizagem de cada turma e considerando as potencialidades dessa experiência, propusemos que a coordenação das discussões de caso passasse a ser rodiziada em todas as turmas. Os apoiadores mantiveram o exercício de sua “função apoio”, dando continência ao grupo, trazendo suas análises e ofertas teóricas, e permanecendo como responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem de sua turma. Mas compartilhavam a coordenação de cada discussão de caso com um aluno/profissional, que ficava responsável por assegurar a circulação da palavra, encadear as colocações dos colegas, manter o foco temático e controlar o tempo da discussão.

Inspirados nos Grupos Operativos de Pichon-Rivière (1985), também propusemos, em nossa turma, que a cada encontro um aluno/profissional assumisse o papel de observador e, ao final da discussão, trouxesse suas impressões sobre a dinâmica grupal, o que resultou num exercício analítico para os alunos/profissionais e, ao mesmo tempo, em outra possibilidade de refletirmos sobre o processo grupal.

O rodízio da coordenação, embora na maioria das vezes tenha se restringido à experiência de controlar o tempo e as falas, se mostrou proveitoso para estimular uma habilidade pouco exercitada, mas que pode contribuir nos atendimentos grupais, no trabalho em equipe e na própria clínica individual, como pontua o grupo:

Também estamos aprendendo quando e como parar. A gente reclama que tem pouco tempo, mas temos dificuldade de interromper o paciente e dizer que daqui a um mês ele volta e podemos continuar a conversa. (...) Então, temos que saber coordenar. Se estamos muito tempo atendendo a mesma população, sabemos que com determinado paciente precisamos de mais tempo e que os outros vão atrasar, mas não vai ser sempre assim. Outro dia ele vai estar melhor e conseguiremos ter tempo para o outro paciente (NP).

Com relação à função exercida pelos apoiadores, o grupo refere:

Nós nos sentimos bem conduzidos pelos nossos apoiadores. Eles se complementam na abordagem e quando estamos focando muito no biológico, eles nos puxam para o psicossocial, quando estamos muito no social, eles trazem o biológico. E vão conseguindo tirar muita coisa da gente, explorar o que cada um tem para contribuir. Alguns de nós falamos mais, outros menos, mas todo mundo sempre colocou alguma coisa importante e que qualificou a discussão, e achamos que isso tem a ver com a condução dos apoiadores. Eles nos deixam livres para passear nas discussões e nos acolhem, são parte do grupo. Não tivemos inibição, mesmo para colocar as questões mais doloridas, e não tivemos medo da crítica. Tem uma empatia, a gente coloca as coisas e eles entendem, e aí você se sente à vontade e fala mais um pouco (NC).

Sem retomarmos o que já discutimos acima sobre a “função apoio”, apenas vale destacar que a composição de duplas de professores/apoiadores, com formações complementares, foi vantajosa para abordar a complexidade dos temas que emergiam dos

casos. O empenho em assegurar um *setting* protegido para a construção da grupalidade resultou num espaço percebido como continente para que todos pudessem trazer as vicissitudes da prática, *as questões mais doloridas, sem medo da crítica*.

Sobre o papel do curso junto à gestão e à Secretaria de Saúde da cidade, o grupo traz posições divergentes:

Alguns de nós achamos que o curso poderia ter feito um apelo político mais explícito, para pressionar a gestão atual. A gente fez o debate, levou o conhecimento, mas na hora de botar o negócio para funcionar, estamos caminhando a passos de tartaruga... Outros de nós achamos que o conhecimento que o curso nos trouxe é, em si, um conhecimento político. Nos incentivou a brigar, a cobrar a gestão, cobrar o espaço da reunião e nos deu ferramentas para discutir temas da política. Na própria discussão do caso clínico vamos puxando a equipe, estimulando que todos cheguem no horário e façam as coisas acontecerem. E isso é intervenção política (NC).

Consideramos que os espaços do curso e da gestão são distintos e, inclusive, cuidamos para não misturar os lugares e as funções de cada um, assegurando, por exemplo, que as discussões de caso não se tornassem deliberativas. Por outro lado, conforme o compromisso de co-gerir o curso, tivemos a participação de representantes da SMS nos processos deliberativos, e dos gestores e membros das equipes num dos momentos avaliativos, o que possibilitou que as discussões geradas no contexto formativo tivessem outras vias de ressonância para dentro dos serviços, além da atuação dos próprios alunos/profissionais. Além disso, ao final do curso, realizamos um seminário com a presença de todos os alunos, suas equipes, gestores e membros do nível central da SMS, no qual fizemos uma devolutiva do trabalho realizado pelos alunos/profissionais em suas Unidades e discutimos os avanços e as dificuldades encontradas para a concretização das intervenções. Contudo, a potência do processo formativo, em nossa avaliação, está especialmente na ampliação da capacidade interventiva dos alunos/profissionais para

influírem, ao longo do tempo, nos rumos da política de saúde e na consolidação dos princípios do SUS.

Como sugestões para o curso, o grupo aponta a viabilização da participação das duplas de profissionais da mesma equipe na mesma turma, como estava previsto na proposta inicial, para facilitar a realização das intervenções nos serviços. Ainda, sugerem que eles próprios possam participar do processo de seleção e composição de novas turmas, recomendando os colegas que consideram poder atuar como multiplicadores. Por fim, reiteram a importância do espaço de grupo: *E o curso termina, mas a gente vai estar em contato, temos que criar esses encontros... É como se tivéssemos tido alta: agora precisamos nos encontrar para ler poesia, dançar, tocar violão. Mas a gente vai precisar desse espaço!* (NP).

7. Juntando tudo: algumas conclusões

Enfim... estamos chegando ao final de uma travessia. Narramos o curso e seus desdobramentos, a partir dos acontecimentos de um dado momento histórico. Portanto, findam o curso e a pesquisa, mas o formar-se profissional de saúde, como dissemos, é travessia permanente.

Ao longo de nosso percurso, no duplo papel de apoiadora e pesquisadora, pudemos perceber que o processo formativo “fez efeito” – algum efeito, no sentido dos objetivos a que se propunha. O dicionário Aurélio nos diz que “efeito” é, entre outras coisas, um produto, resultado de uma ação; impressão produzida no espírito, na sensibilidade; rotação imprimida a uma bola, com o fim de obter *trajetórias, movimentos*. Com esses significados em mente é que iremos construir uma “amarração” para tudo o que vimos até aqui.

Podemos levantar, nesse ponto, algumas conclusões, mas certamente novos questionamentos daqui se abrirão. Nosso objetivo era bastante complexo por se tratar da verificação de mudanças por meio do discurso dos sujeitos e de nossas próprias percepções, mudanças que seriam impossíveis de serem “medidas” em relação à dada posição anterior, já que não tínhamos um marco inicial de caracterização das práticas profissionais antes do curso. Além disso, sabemos que algumas intervenções produzem efeitos *a posteriori*, ou seja, muitas vezes “a ficha cai” somente depois de algum tempo, quando outras experiências convergem na construção de um dado sentido. Mas, em realidade, nossa escolha por partir das narrativas dos próprios participantes também se pautou por um posicionamento ético, considerando que os próprios sujeitos devem trazer seus pontos de vistas para co-produzir um processo avaliativo junto ao pesquisador.

Reunimos uma diversidade de fontes de informação para acessar as mudanças nas práticas, o que conferiu à pesquisa uma multidimensionalidade que contribui para a validação de nossas análises, mas que não impede possíveis parciais, simplificações ou generalizações indevidas de nossas conclusões. Pois a pesquisa, como a concebemos, se caracteriza pela intencionalidade do pesquisador e, no nosso caso, pesquisar sobre uma intervenção da qual participamos como apoiadores coloca em evidência nossa implicação. As análises e as conclusões, portanto, estão influenciadas por nossa visão de mundo, pelas tradições a que nos vinculamos, por nossos valores e interesses, os quais foram, ao menos, interrogados constantemente.

Destacamos também os efeitos do processo formativo e da pesquisa em nossa própria trajetória. Ao longo do curso, no intenso contato com os alunos/profissionais e com a equipe de coordenadores e apoiadores, especialmente o companheiro que compôs nossa dupla, afetamo-nos uns aos outros, produzimos questionamentos e revimos posicionamentos. Gostaríamos de deixar aqui registrado nosso próprio processo de aprendizagem e mudança advindo dessa experiência, como marca significativa de nosso itinerário profissional e pessoal.

Dito isso, apresentaremos, a seguir, nossas análises e algumas conclusões acerca dos efeitos do processo formativo nas práticas dos alunos/profissionais, com base no conjunto do material empírico levantado e já trabalhado. Também traremos nossas considerações sobre as potencialidades e limites da metodologia que utilizamos, esperando que elas possam servir para subsidiar a formulação e o aprimoramento de outros processos de formação em saúde. Ao final, apresentaremos o material que resultou da oficina com os alunos/profissionais, na qual discutimos os conhecimentos, atitudes, posturas, competências

e habilidades desenvolvidas no curso, que podem orientar a construção de uma clínica ampliada e compartilhada.

7.1 Efeitos, movimentações, desvios

O conjunto do material produzido a partir das narrativas dos alunos/profissionais, da análise do caso de D. Ana e da narrativa da equipe do Centro de Saúde Rio Pequeno foi bastante ilustrativo da realidade do trabalho na Atenção Básica e da difícil tarefa de co-produzir saúde e autonomia com sujeitos e coletivos em situações de vulnerabilidade psicossocial, em contextos institucionais que podem ou não favorecer a ampliação da clínica.

Muitos recursos necessários a essa tarefa foram trabalhados ao longo do curso, resultando em alguns efeitos, situados em três diferentes dimensões interdependentes: no conhecimento; nas atitudes e posturas; e nas competências e habilidades dos alunos/profissionais. Esses efeitos, retomando os significados do termo, se configuram como movimentações, desvios numa trajetória e, nesse sentido, consideramos que o processo formativo foi capaz de produzir questionamentos, apurar sensibilidades e provocar a experimentação de novas formas de fazer o trabalho em saúde.

Vimos como a experiência de trazer a prática para ser analisada e discutida num espaço coletivo foi potente para modificar a relação dos alunos/profissionais com o conhecimento. Assumir os limites do saber, da ciência e da técnica possibilitou uma maior abertura para lidarem com as singularidades e para se aproximarem do desconhecido, sem se fixarem na impotência e na paralisia. Ao contrário, puderam se experimentar numa posição de quem constrói coletivamente o conhecimento, ao equacionar conceitos e normas

na compreensão do caso e compor o saber interdisciplinar com outros profissionais da equipe, da rede de saúde e de outros setores. Além disso, puderam ter contato com novos saberes, teorias e técnicas, tanto nas aulas teóricas como nas próprias discussões de caso.

Como pudemos apreender do conjunto do material empírico, foi marcante a ampliação da capacidade reflexiva e analítica dos alunos/profissionais. Diversos foram os relatos e situações em que pudemos observar uma compreensão da dimensão política da clínica, por exemplo, ao reconhecerem as interligações entre modelos de gestão, organização dos serviços e práticas assistenciais, ou ao se questionarem sobre o que produzem na situação clínica singular, isto é, se contribuem para a autonomia e responsabilização do sujeito pelo cuidado de si, por suas escolhas, por sua própria vida, ou se geram alienação, dependência, submissão. Aqui, trata-se da incorporação de conhecimentos, mas também do desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva frente ao mundo e ao seu próprio papel social como profissionais de saúde.

O itinerário das intervenções realizadas junto ao caso de D. Ana revela o desenvolvimento de competências e habilidades essenciais para uma clínica sensível à dimensão da subjetividade. Vimos que Arthur e sua equipe modificaram substancialmente a relação com a paciente e sua família, o que pôde ser sustentado a partir de um trabalho de construção coletiva do caso, ou seja, a compreensão do paciente a partir dos traços de sua história, que ele próprio traz. Por meio da ampliação da escuta, de uma suspensão dos conceitos prévios que a equipe tinha da paciente e do reconhecimento dos afetos despertados nessa relação, foi possível acessar o sofrimento e as necessidades de D. Ana, que ficavam encobertos pelo rótulo “poliqueixosa” ou “demandante demais”. Ao tomar D. Ana como sujeito, com uma biografia singular, com desejos, interesses, potências e

limitações, a equipe pôde restabelecer o diálogo com ela e tentar construir um sentido para as propostas terapêuticas. É claro que o percurso se compõe de avanços e retrocessos, mas o acompanhamento desse caso demonstra um significativo aumento da capacidade de fazer da escuta um instrumento da clínica e de oferecer suporte ao paciente. Também vale destacar que o Projeto Terapêutico de D. Ana resultou de um trabalho sintonizado entre Arthur e sua equipe, e podemos dizer que, nessa experimentação de novas possibilidades de intervenção, a equipe também foi – em alguma medida – afetada pelo processo formativo, como mostra sua própria narrativa.

Uma clínica que comporte a compreensão e o manejo da subjetividade exige uma escuta que, além do nível do enunciado, esteja atenta para a enunciação, de modo que o profissional possa entender a posição a partir da qual o sujeito fala e possa oferecer-lhe respostas que o interpelem, que o ajudem a repensar a vida. Para isso, o profissional deve se permitir tocar pelos mais diferentes afetos despertados no contato com os pacientes. Deve poder desenvolver uma relação de proximidade, sem assumir atitudes onipotentes, invasivas ou excessivamente apostólicas, mas também poder, em alguns momentos, assumir certo distanciamento e respeitar os tempos, os limites e a autonomia do paciente, sem abandoná-lo ou renunciar a orientá-lo e oferecer-lhe apoio. O desenvolvimento de competências e habilidades para construir relações desse tipo foi amplamente abordado nas narrativas dos alunos/profissionais como resultante do processo formativo.

A clínica é, em princípio, ensaio, experimentação, lugar de invenção. Entendemos que uma condição para sustentar esse lugar é a existência de instâncias coletivas de gestão da clínica para compartilhar as questões inerentes à experiência de afetação mútua, ao contato com o estranho e com o que gera dúvidas e incertezas. Nesse sentido, observamos

que a existência, no curso, de um espaço continente para interrogar a prática possibilitou as condições para que os alunos/profissionais se aventurassem a suspender seus filtros teóricos, aprofundando o contato com questões com as quais não sabiam, *a priori*, o que fazer. Assim, experimentaram “aguçar” a escuta sobre o que era trazido pelos pacientes, sabendo que iriam dar conta disso naquele espaço coletivo, isto é, processar em conjunto os conteúdos e as formas de manejo possíveis.

A estratégia de discussão de casos foi reiteradamente valorizada pelos alunos/profissionais como propícia para a compreensão sobre a relação terapêutica e entre a equipe, e para perceberem a si mesmos envolvidos nas tramas de afetos, poderes, saberes e interesses. O compartilhamento de reflexões e experiências favoreceu a criatividade na composição das intervenções e a conexão entre o conhecimento e a prática, conferindo sentidos ao processo de ensino-aprendizagem. Ao longo do acompanhamento dos casos foi possível aos alunos/profissionais exercitarem sua capacidade de dialogar e negociar, tanto nas discussões do grupo, como na pactuação das propostas terapêuticas com usuários e equipe.

Vimos que, apesar das conquistas no sentido da ampliação da clínica e da abertura de espaços de expressão e acolhimento para o sujeito em suas experiências, emoções e questões singulares, permanece incipiente o reconhecimento do sujeito como movido por múltiplas determinações, inclusive inconscientes, sendo necessário solidificar e aprimorar outras formas de manejo além das baseadas na cognição, para contemplar, em alguma medida, a dimensão do desejo e das significações dos sujeitos.

Também pudemos observar que, a despeito dos avanços na incorporação da subjetividade na clínica, há dificuldades em se superar a dicotomia corpo/mente e tomar a

subjetividade como encarnada. Essa questão remete a uma problemática típica da Atenção Básica, qual seja, a assistência a pacientes com queixas físicas, para as quais não se encontra uma base orgânica subjacente. Os dilemas advindos da dificuldade de entender e classificar sintomas físicos vagos e difusos estão presentes no contexto da Atenção Básica em diferentes países (Gureje *et al*, 1997) e, conforme discutimos, na busca por encontrar um diagnóstico, os pacientes são submetidos a múltiplos e inúteis exames e encaminhamentos, bem como a várias tentativas de tratamento, aumentando os riscos iatrogênicos e gerando frustração para ele próprio e para os profissionais. Embora haja uma tendência a considerar esse tipo de manifestação como “não-doença”, esse não é um “falso problema”. Os “sintomas sem explicação médica” são apenas isso: inexplicáveis pela racionalidade da biomedicina. Mas são problemas clínicos relevantes, especialmente na Atenção Básica. Assim, permanecem como importantes desafios a compreensão desse sofisticado processo de interação entre mente e corpo através da qual o sofrimento humano se manifesta, e o manejo para desvelar, com o paciente, o sentido emocional de seus sintomas.

O tema da Atenção Básica, suas funções assistenciais e seu papel na rede de saúde, foi o eixo que orientou a revisão das práticas dos alunos/profissionais: o vínculo com a clientela adscrita; o manejo e seguimento de pacientes crônicos; a coordenação clínica; a construção e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Singulares; o território como campo de intervenções e norteador das ofertas; o trabalho em equipe; a relação com o apoio matricial; entre outras questões. Mas é importante ressaltar que uma das condições essenciais para uma efetiva transformação das práticas e do próprio contexto institucional é a sustentação, por parte dos gestores, dos princípios e diretrizes para a Atenção Básica e de

espaços para a democratização da gestão, já previstos na legislação do SUS. Nesse sentido, a conjuntura política da saúde na cidade, naquele momento, representou um obstáculo para as intervenções e evidenciou uma limitação do método utilizado, dada pela insuficiência da aproximação entre curso e SMS ou pelo descompasso entre as respectivas propostas para a consolidação da Atenção Básica.

Mesmo assim, a própria análise dessa conjuntura e de outras experiências de organização da Atenção Básica possibilitou que os alunos/profissionais refletissem e se posicionassem com relação às definições e aos investimentos que ainda são necessários para a organização e funcionamento da rede assistencial, se colocando, sobretudo, como agentes nesse processo. Dessa forma, podemos dizer que o curso atuou na re-ligação dos alunos/profissionais com o projeto da Atenção Básica, propiciando aproximações entre seus objetos de investimento e as finalidades de seu trabalho, e fortalecendo sua identificação com a própria obra. Além disso, ao se constituir como espaço democrático de criação, o curso desviou de uma tendência contemporânea à apatia e ao individualismo e estimulou o reconhecimento da alteridade e de um ideal de coletividade. Retomando as narrativas, consideramos que os alunos/profissionais puderam levar essa experiência para o cotidiano dos serviços, exercitando perceber e lidar com as pessoas em seus diferentes saberes, poderes e interesses. Apesar de terem encontrado inúmeras resistências e limites institucionais para suas propostas de intervenção, puderam se posicionar e tencionar a ampliação dos espaços e das possibilidades de co-gestão do trabalho.

Destacamos que o curso operou como um importante momento-vírgula, no qual os alunos/profissionais puderam, não só repensar a prática, mas também realimentar sua potência para enfrentar os problemas advindos do contexto institucional e do esgarçamento

da política de saúde na cidade, naquele momento. Essa função exercida pelo curso também contribuiu para lidarem com o desgaste e o sofrimento inerente ao trabalho em saúde, produzindo certa alegria e satisfação. Mas embora tenham vivenciado a pertença nesse espaço grupal do curso, permanece a carência de instâncias coletivas de gestão nos serviços, essenciais para o desenvolvimento de práticas ampliadas e compartilhadas. Reiteramos, assim, a importância da construção de espaços desse tipo e acreditamos que o exercício da “função apoio” pode contribuir para a sustentação das dificuldades e conflitos que se fazem presentes no coletivo.

O que viemos discutindo até aqui nos permite considerar que a metodologia utilizada no curso cumpriu o objetivo de desenvolver, junto aos alunos/profissionais, maior capacidade de análise e intervenção para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde. Entendemos que os alicerces da metodologia são a noção de experiência e as articulações entre teoria e prática, reflexão e intervenção. Mas, para além da dimensão operativa do método, integrando pensamento e ação, sua potencialidade está em propiciar a construção de sentidos às experiências.

Podemos, ainda, incrementar a discussão acerca do papel da experiência na formação, destacando a concepção de Bondía (2002), para quem a experiência é o que *nos* passa, o que *nos* acontece, o que *nos* toca. Isto é, uma atividade não necessariamente vem acompanhada pela experiência: depois de fazermos coisas, pode ser que nada tenha *nos* tocado, nada tenha *nos* sucedido ou *nos* acontecido. Assim, o sujeito da experiência se define, não só pela atividade, mas também por uma abertura, ou seja, certa disponibilidade e receptividade para deixar-se tocar. Isso requer um gesto de interrupção (uma vírgula): parar para pensar, para olhar, escutar, sentir, suspender a opinião, o juízo e o automatismo

da ação, e então construir sentidos, saber sobre a experiência. Acreditamos que a potência do curso em inscrever algumas marcas, deixar vestígios, produzir efeitos se deu porque, por meio das discussões de caso no espaço coletivo, foi possível produzir essa qualidade de experiência.

Para finalizar, realçamos que o Apoio Paidéia atua na interseção das dimensões analítica, técnica e política. Assim, gostaríamos de lembrar uma provocação feita por Freud (1980 [1937]), ao se referir à psicanálise, à educação e à política como ofícios “impossíveis”. Impossíveis porque incessantes, porque são atividades tipicamente humanas e não técnicas, ou seja, em cada ato é preciso reinventá-las e, ainda, porque dependem de certa aposta, já que pretendem produzir alguma mudança, alguma diferença, sem a garantia do que vai acontecer. A natureza desses ofícios (e também o do apoiador) é, portanto, indeterminada e indeterminável.

Remetendo-nos à Castoriadis (1987), que discutiu o psicanalisar, o educar e o governar como atividades que têm como finalidade a construção da autonomia humana, destacamos que, nesses campos, meio e finalidade, processo e resultado não estão desvinculados, ou seja, a autonomia é o fim buscado, mas é somente por meio de seu exercício que ela se torna possível. Assim, entendemos que os resultados do processo formativo que aqui apresentamos encontram-se na própria possibilidade dos sujeitos exercitarem sua autonomia, interrogarem os sentidos recebidos da tradição, da sociedade, da história pessoal e coletiva e, desse modo, poderem construir maior capacidade para alterar suas práticas. Essa disposição para a interrogação não se realiza de uma vez por todas, mas deve ser incessantemente refeita, a fim de se recolocar continuamente em questão as certezas sob as quais a existência e o saber, os modo de ser e de agir se

sustentam. Uma formação-*paidéia*, retomando o sentido grego do termo, em suas conexões entre política, psicanálise e educação, e em sua íntima relação com a co-produção de sujeitos reflexivos e interventivos, necessita ser reafirmada cotidianamente.

7.2 Outra maneira de concluir: o material construído a partir da oficina

Para finalizar nosso trabalho, apresentamos o folheto ilustrado que confeccionamos com base na oficina realizada com os alunos/profissionais. Lembramos que nosso objetivo nessa oficina era retomar os conhecimentos, atitudes, posturas, competências e habilidades que os alunos/profissionais consideraram ter desenvolvido durante o processo formativo e construir um material teórico-prático sobre práticas ampliadas e compartilhadas em saúde, que pudesse ser facilmente acessado por outros profissionais. Assim, esse material sistematiza a experiência e os aprendizados dos participantes do curso, configurando-se como outra versão para as nossas conclusões e, ao mesmo tempo, constitui-se de um recurso didático que poderá ser utilizado por outros profissionais e em outros contextos, para orientar a reflexão e a intervenção sobre as práticas⁴¹.

Nossa intenção era produzir um material sintético, de fácil manuseio e distribuição, com alguns lembretes e sugestões a serem considerados na clínica. No entanto, cientes da complexidade que envolve o trabalho em saúde, destacamos que não se trata de um conjunto de regras ou uma cartilha a ser seguida, mas de um conjunto de elementos que podem servir como balizas para pensar a relação terapêutica e o processo de trabalho, e para orientar a prática da clínica ampliada e compartilhada.

⁴¹ Pretendemos distribuir esse folheto nas Unidades Básicas de Saúde de Campinas, especialmente naquelas em que trabalham os profissionais que participaram do curso.

Lembretes e sugestões para orientar a prática da clínica ampliada e compartilhada

Amplicar a clínica significa desviar o foco de intervenção da doença, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades.

E por que isso é importante?

Porque o ser humano é constituído por uma interação de aspectos, internos e externos. Além de sua condição orgânica, o ser humano é definido por seus afetos, seus desejos, seus interesses, seu contexto social, econômico, cultural, entre outros.

É preciso identificar os aspectos mais relevantes em cada situação singular, para definir que tipo de intervenção é mais importante.

Nenhum saber isolado é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde.

Para lidar com a interação dos aspectos que influenciam o processo saúde-doença, o profissional de saúde precisa contar com o apoio de outros saberes e trabalhar em equipe.



Georges Braque

A clínica ampliada requer transformações:

No objeto de trabalho:

- Trabalhar com pessoas e coletivos, considerando sua singularidade.
- Incorporar o subjetivo e o social, sem desconsiderar a doença.

Nos objetivos de trabalho:

- Além de curar, reabilitar e prevenir, também apoiar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida.

Nos meios de trabalho:

- Diversificar o repertório de ações para lidar com problemas sociais e subjetivos, com famílias, grupos e comunidades.
- Construir relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização.
- Trabalhar em equipe e em rede.

Materiais construídos em parceria com os alunos do "Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica", oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte do texto de doutorado "A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Psíquico e Formação" (Riquelme, 2012).

O DIAGNÓSTICO NA CLÍNICA AMPLIADA

O diagnóstico de uma doença sempre parte de um padrão que se repete em todos os casos, mas também do que há de diferente no "caso a caso", na expressão singular do adoecimento.

Quando o profissional trabalha exclusivamente com as classificações da biomedicina, dificilmente consegue enxergar a singularidade e avaliar o que se passa com a pessoa doente.

É importante que o diagnóstico contemple não só a condição física, mas o contexto emocional e social do paciente.

Um diagnóstico mais abrangente ajuda a:

Entender como a pessoa lida com sua saúde >>> Contextualizar as propostas terapêuticas na vida do paciente >>> Aumentar a eficácia do tratamento.

Para conectar doença e vida é preciso ouvir a narrativa do sujeito sobre seu adoecimento.

Talvez o paciente não fraga seus sentimentos, preocupações e conflitos se você não perguntar ou se não se mostrar aberto a escutar e dialogar.

Você costuma estimular que os pacientes falem sobre esses aspectos da vida e do adoecimento?

Como você demonstra que está disponível para escutá-lo e para conversar sobre essas questões?

PENSE SOBRE ISSO!

Uma relação clínica que comporte uma proximidade ao mundo subjetivo do paciente, sempre desperta algum afeto. Você pode se identificar com os problemas que o paciente traz; ele pode te lembrar alguma pessoa querida ou odiada; pode te despertar raiva, pena, carinho...

Você consegue identificar os seus sentimentos na relação clínica?

Como você lida com eles?



Quino, Quinzinho. Bertolotto: Lumen, 1995.

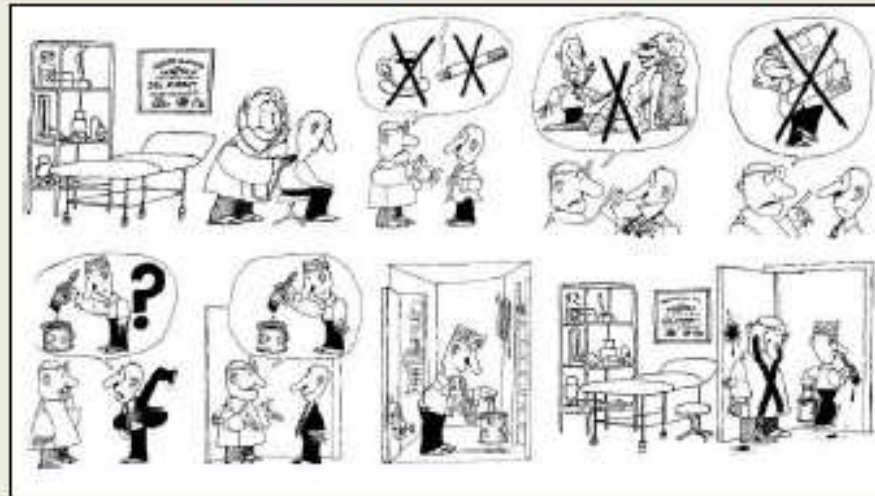
Conhecer o paciente e seu contexto, ou admitir que você não os conhece – faz toda a diferença!

O que ajuda a ampliar o diagnóstico?

- Conhecer um pouco da história de vida: Como é a dinâmica familiar? Qual a sua origem cultural? Como é sua rede social? Deixe-o contar a história à sua maneira: são a SUA experiência, a SUA situação familiar e as SUAS relações sociais.
- Compreender o sentido da doença: Por que acha que ficou doente? Existe relação entre os sintomas e seu estado emocional?
- Compreender o impacto da doença: Como a doença afeta a sua vida? Quais são seus medos? Como lida com eles? Isso te ajudará a avaliar possíveis resistências: negação da doença, ganhos secundários em estar doente.
- Identificar os projetos e desejos; prazeres e incômodos. Isso te oferecerá boas pistas para compor as propostas terapêuticas.
- Estar atento aos afetos que o paciente desperta em você. Isso te ajudará a entender melhor o que se passa na relação e aproximar as suas expectativas e as expectativas do paciente.
- Compôr o diagnóstico em mais de um encontro, para aprofundar a compreensão a partir do fortalecimento do vínculo.

Materiais construído em parceria com os alunos do "Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica", oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte do texto de doutorado "A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Psíquico e Formação" (Riquelme, 2012).

Compartilhar e negociar as propostas terapêuticas pode ser muito mais potente e eficaz do que insistir nas intervenções excessivamente prescritivas...



Guilherme, Quiloterapia, Delineadora: Lemes, 1985.

O que ajuda a ampliar a escuta e o diálogo?

- Evitar reduzir a escuta à coleta de evidências e sinais

Escutar é perceber os sentimentos e significados do outro

- Identificar o que a pessoa difere de você: os valores, os modos de vida, as crenças. E evitar tomar as diferenças como erros a serem corrigidos

O papel do profissional de saúde não é o de juiz

- Tentar identificar os seus preconceitos e convicções. E tentar perceber como você se sente: fica indignado? sente raiva? revolta? pena?

A identificação dos seus valores e afetos ajuda a evitar o julgamento e a moralização

- Fazer perguntas abertas e abrir espaço para a narrativa do paciente

- Comunicar seu interesse: "eu gostaria de saber mais sobre você". E demonstrar sua disponibilidade: fazê-lo se acomodar, repousar a caneta, olhar nos olhos

- Prestar atenção não só ao conteúdo do que é dito, mas ao tom de voz, ao ritmo da fala, aos gestos, aos risos

- Dar valor ao silêncio, que comunica muita coisa

- Evitar discutir imediatamente o que foi dito - olhar para si mesmo e tentar compreender os significados

- Simplificar sua linguagem: usar metáforas ou a própria experiência do paciente

- Servir de espelho para ampliar a capacidade do paciente pensar e agir sobre a realidade:

1. Resumir o que o paciente disse
2. Comunicar o que percebeu das emoções e sentimentos dele
3. Dar menos conselhos e "palpites", e devolver as questões para que o próprio paciente pense e procure respostas

- Evitar culpabilizar e usar do medo para conseguir "adesão"

O objetivo é a produção de saúde e de autonomia

Perceber o outro como sujeito singular - com expectativas, desejos e valores diferentes dos seus - facilita a negociação das propostas terapêuticas e a busca pela participação e autonomia do paciente.

Materiais construídos em parceria com os alunos do "Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica", oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte do texto de doutorado "A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Psíquico e formação" (Figueiredo, 2012).

Equipe de Referência e adesão de clientela:

para estimular o vínculo entre usuários, profissionais e equipe, permitir o acompanhamento do processo saúde-doença-atenção e produzir maior responsabilização pelos casos



**Instrumentos para
construir vínculo e
co-responsabilização**

Apoio Matricial: suporte técnico de profissionais especializados à Equipe de Referência, para:

- Discussões clínicas
- Intervenções conjuntas (consultas, visitas domiciliares, grupos)
- Assistência aos casos que demandam ações especializadas

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O nome já diz: é SINGULAR porque não é um plano pré-definido, e sim um conjunto de propostas terapêuticas pensadas para um sujeito, uma família ou um grupo que possui características únicas e diferentes de todos os demais.

As propostas devem resultar de uma discussão coletiva do caso e dos vários olhares e saberes sobre a situação, inclusive os do próprio sujeito.

Para construir um PTS é preciso:

Entender a situação do ponto de vista do paciente e de cada membro da equipe: levantar hipóteses diagnósticas que contemplem os aspectos orgânicos, subjetivos e sociais, os riscos e as vulnerabilidades, os limites e potencialidades do sujeito.

Levantar as propostas e discutí-las com o paciente: afinal não se muda algo PARA alguém, mas COM esse alguém. É ele que vamos acompanhar em seus modos de andar na vida. Então é preciso refletir junto com o próprio sujeito: Para onde queremos ir? Que mudanças queremos produzir? Como faremos isso?

Dividir as tarefas e as responsabilidades: um PTS pode envolver vários profissionais para as diversas ações, inclusive profissionais de outros serviços ou outros setores. O membro da equipe que possui um melhor vínculo com o paciente pode ser a referência para articular o andamento das intervenções. É geralmente a pessoa que o paciente ou a família procuram para suas necessidades.

Reavaliar e redefinir as propostas: o PTS é um projeto de mudança de uma situação, por isso deve ser flexível às transformações que o sujeito e a vida vão trazendo.

O trabalho Interdisciplinar da Equipe de Referência requer:

- Espaços coletivos regulares (reunião de equipe e outras);
- Poder de decisão (co-gestão) para organizar o processo de trabalho;
- Análise e intervenção sobre os problemas cotidianos;
- Discussão de casos e de outros temas de interesse e necessidade;
- Construção de grupalidade;
- Abertura para lidar com as divergências e os conflitos.



Material construído em parceria com os alunos do "Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica" oferecido, entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte da tese de doutorado "A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoiar, Patêla e Jirneação" (Piquetiro, 2012).

ALGUMAS BOAS QUESTÕES SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE:

No serviço de saúde onde você trabalha há reuniões de equipe periódicas?

O que geralmente se discute nas reuniões? Casos, problemas práticos, ou apenas notícias e informes?

As reflexões levam à definição de propostas concretas? Há monitoramento e avaliação das intervenções?

Todos têm voz nesse espaço? Há alguém que coordena e estimula a circulação das falas?

Como é o "clima" dos encontros?

Como vocês lidam com as diferenças de opinião e com os conflitos que surgem nas discussões? Falam sobre eles; constroem contratos; fingem que não existem, brigam? Quando preciso, podem contar com algum apoio externo para ajudar nisso? O gestor da unidade costuma ajudar nisso?

Vocês costumam refletir sobre a dinâmica de funcionamento da equipe? Alguma vez já pensaram sobre os objetivos da equipe e as percepções de cada um sobre os caminhos para alcançá-los?

Contam com Apoio Matricial para as discussões de caso e para as intervenções? Como ele é feito? Qual a sua potência e os seus limites?

O que acha que seria importante para fazer do trabalho conjunto algo mais prazeroso?

Se além de curar, queremos **PRODUZIR SAÚDE** e apoiar o desenvolvimento da **AUTONOMIA** das pessoas para cuidarem de sua vida, então temos uma tarefa bastante complexa.

Ela requer **Integração** dos campos de saber, para que os profissionais possam compreender o contexto de vida das pessoas e **intervir** com maior eficácia terapêutica.



O mais importante para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas é assumir que todo saber possui limites e, por isso, o trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental.

A saúde e a doença são processos dinâmicos. Ora não demandam uma intervenção mais focada no biológico, ora no psicossocial e ora não requer maior integração entre esses aspectos. Mas sempre será preciso transformar o saber sobre o padrão das doenças em um saber sobre a pessoa doente, considerando sua singularidade e toda a imprevisibilidade e as contradições inerentes ao ser humano.

Diante de cada caso concreto, portanto, teremos que reconsiderar algumas de nossas certezas, o que depende de muita reflexão conjunta da equipe. Nesse processo, poderão surgir dúvidas, inseguranças e conflitos, e a equipe precisará de apoio para lidar com eles e aumentar a potência de seu trabalho.

Como efeitos, a equipe poderá visualizar os resultados e o sentido de suas ações, ter um espaço para compartilhar as dificuldades cotidianas e produzir maiores graus de satisfação com o próprio trabalho.

Material construído em parceria com os alunos do "Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica" oferecido, entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte da tese de doutorado "A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoiar, Potenciar e Firmar" (Piquetiro, 2012).

8. Referências Bibliográficas

Alvarez, APE *et al.* As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: Onocko Campos *et al* (orgs). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.300-318.

Alves-Mazzotti, AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. In: **Cadernos de Pesquisa**, v.36, n.129: p.637-651, 2006.

Alves-Mazzotti, AJ. As ciências sociais são ciências? In: Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (orgs). **O método nas ciências sociais e naturais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. p.11-118.

Andrade, CD. **Sentimento do mundo**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

Andrade, M. **Poesias Completas**. São Paulo: Martins, 1966.

Arouca, ASS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva** [Tese de doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 1975.

Ayres, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.10, n.3: p.549-560, 2005.

Ayres, JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11: p.11-24, 2002.

Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.6, n.1: p.63-73, 2001.

Balint, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

Baremblytt, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

Berbel, NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.2: p.139-154, 1998.

Bezerra Jr, B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: Lobosque (org). **Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos - por uma clínica antimanicomial**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007. p.21-32.

Birman, J. **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. 300p.

Bondía, JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: **Revista Brasileira de Educação**, n. 19: p.20-28, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2010. 244p.

Brasil, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B – Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.9, 2009. 64p.

Brasil, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de Março de 2006.

Burlandy, L & Bodstein, RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.3: p.543-554, 1998.

Campos, GWS. Co-gestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.15, n.5: p.2337-2344, 2010.

Campos, GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

Campos, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a. 236p.

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

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

Campos, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy & Onocko Campos (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.229-266.

Campos, GWS. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma ou da reforma dos sujeitos em peleja. In: **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2: p.79-95, 1992.

Campos, GWS & Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.12, n.4: p.849-859, 2007.

- Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- Carvalho, YM & Ceccim, RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos *et al* (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.
- Castoriadis, C. **Encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1987.
- Castoriadis, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986.
- Cavalcanti, LS. Cotidiano, mediação pedagógica e formação de conceitos: uma contribuição de Vygotsky ao ensino de geografia. In: **Caderno Cedes** – Unicamp, v.25, n.66: p.185-207, 2005.
- Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16: p.161-168, 2005.
- Ciconet, RM, *et al*. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.26: p.659-666, 2008.
- Collares, CAL, *et al*. Educação continuada: a política da descontinuidade. In: **Educação e Sociedade**, n.68: p.202-219, 1999.
- Colombrini, MRC *et al*. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. In: **Revista Escola de Enfermagem – USP**, v. 40, n.4: p.576-581, 2006.
- Cunha, GT. **Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2009.
- Cunha, GT. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.
- Cyrino, EG & Toralles-Pereira, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3: p.780-788, 2004.
- Davini, MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.39-56.
- Dejours, C. Por um novo conceito de saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.14, n.54; p.7-11, 1986.

- Demo, P. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
- Denzin, KN & Lincoln, YS. Entering the field of qualitative research. In: Denzin & Lincoln (orgs). **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 2000.
- Deslandes, SF & Assis, SG. Abordagens quantitativa e qualitativa: o diálogo das diferenças. In: Minayo & Deslandes (orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195-223.
- Ferrer, AL. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2007.
- Figueiredo, MD. **Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS – Campinas (SP)** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2006.
- Figueiredo, MD & Onocko Campos, R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas (SP): uma rede ou um emaranhado? In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.14, n.1: p.129-138, 2009.
- Figueiredo, MD & Furlan, PG. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos & Guerrero (orgs). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.154-178.
- Figueiredo, MD & Santos, DV. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. In: Onocko Campos *et al* (orgs). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.155-162.
- Foucault, M. **Theatrum philosophicum: Nietzsche, Freud & Marx**. São Paulo: Editora Princípio, 1987. 81p.
- Franco, CM & Koifman, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. In: **Interface (Botucatu) [online]**, v.14, n.34, 2010.
- Franco, TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 23: p.427-438, 2007.
- Freud, S. Construções em análise (1937). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol.XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

Freud, S. Análise terminável e interminável (1937). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol.XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

Freud, S. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise (1932). In: **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas**, vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Freud, S. O mal-estar na civilização (1931). In: **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas**, vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Freud, S. A dinâmica da transferência (1912). In: **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas**, vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Furlan, P & Amaral, MA. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde. In: Campos & Guerrero (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.15-33.

Furtado, JP. Avaliação e Participação. In: Brandão & Martina (orgs). **Avaliação de Programas e Projetos: temas brasileiros**. São Paulo: Instituto Fonte e Fundação Itaú Social, 2011. No prelo.

Furtado, JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22: p.239-235, 2007.

Furtado, JP. **Avaliação como dispositivo** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2001.

Furtado JP & Miranda L. O “dispositivo técnico de referência” nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.9, n.3: p.508-525, 2006.

Gadamer, HG. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 631p.

Gatti, BA. Análise das políticas públicas para formação continuada no Brasil, na última década. In: **Revista Brasileira de Educação**, v.13, n.37: p.57-70, 2008.

Gatti, BA. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

Gondim, SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. In: **Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação**, v.12, n.24: p.149-162, 2002.

- Gramsci, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- Guattari, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 230p.
- Guattari, F & Rolnik, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- Guba, EG & Lincoln, YS. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p.
- Guimarães, CF & Meneghel, SN. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. In: **Revista mal-estar e subjetividade**, v.3, n.2: p.353-371, 2003.
- Gureje, O *et al.* Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. In: **American Journal of Psychiatry**, v.154, n.7: p.989-995, 1997.
- Hartz, ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.4, n.2: p.341-353, 1999.
- Hercket, ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro & Mattos (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Abrasco/CEPESC, 2007. p.199-212.
- Heckert, ALC & Neves, CAB. Modos de cuidar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro *et al* (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC/Abrasco, 2007. p.145-160.
- Horkheimer, M. Filosofia e teoria crítica. In: **Textos Escolhidos - Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1968.
- Horkheimer, M & Adorno, TW. Conceito de Iluminismo: In: **Textos Escolhidos - Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1989.
- Illich, I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- Japiassú, H & Marcondes, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. 296p.
- Jófilo, Z. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola. In: **Educação: Teorias e Práticas**, v.2, n.2: p.191-208, 2002.

Kaës, R. Realidade psíquica e sofrimento das instituições. In: Kaës *et al* (orgs). **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.

Knobloch, F. **Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento** [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Psicologia Clínica/ PUC; 2002.

Kristeva, J. **O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras – Hanna Arednt**, Tomo I. Rio de Janeiro: Rocco Editora; 2002

Kupermann, D. Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor! In: **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v.16, n.1: p.121-131, 2004.

L'Abbate, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.8, n.1: p.265-274, 2003.

Lazzarini, ER & Viana, TC. Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. In: **Análise Psicológica**, v.2, n.28: p.269-280, 2010.

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

Lefebvre, H. **Lógica formal e lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

Lincoln, YS & Guba, EG. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: Denzin & Lincoln (orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Artmed-Bookman, 2006. p.169-192.

Lispector, C. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

Luz, MT. **Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988. 152 p.

Macedo, MMK & Falcão, CNdB. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. In: **Psychê**, ano IX, n.15: p.65-76, 2005.

Mancia, JR, *et al*. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n.5: p.605-610, 2004.

Mansano, SRV. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. In: **Revista de Psicologia – UNESP**, v.8, n.2: p.110-117, 2009.

Massaroli, A & Saupe, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>, último acesso – outubro/2010.

Massuda, A. **O Método do Apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2010.

Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy & Onocko Campos (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.71-112.

Minayo MCS, *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo, Assis & Souza (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.71-103.

Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

Miranda, L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2009.

Miranda, L. **Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas**. Mimeo, 2005.

Miranda, L *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos *et al* (orgs). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.249-277.

Mitre, SM, *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.13 (sup 2): p.2133-2144, 2008.

Monceau, G. L'intervention socianalytique. In: **Pratiques de formation**, n.32: pp.25-38, 1996.

Morgan, DL. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

Moura, AH *et al.* Análise do trabalho institucional nas equipes dos Distritos Sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: Campos, GWS. (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.167-185.

Nasio, JD. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 248p.

Neto, JLF *et al.* Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.5: p.831-842, 2011.

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

Nuto, SAS *et al.* O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1: p.89-96, 2006.

Ogden, T. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. 216p.

Oliveira, GN & Furlan, PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos & Guerrero (orgs). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.247-272.

Onocko Campos, R. O exercício interpretativo. In: Onocko Campos *et al* (orgs). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.278-299.

Onocko Campos, R. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: Castro & Malo (orgs). **SUS: ressignificando a promoção à saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.62-74.

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

Onocko Campos, R. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: Barros *et al* (orgs). **Pesquisa qualitativa em saúde – múltiplos olhares**. Unicamp, 2005b. p.261-271.

Onocko Campos, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003a. p.122-149.

Onocko Campos, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003b.

Onocko Campos, R *et al.* Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. In: **Salud Colectiva**, v.4, n.2: p.173-185, 2008.

Onocko Campos, R & Furtado, JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko Campos *et al* (orgs). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.321-334.

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

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Conversando sobre os Pólos de Educação Permanente**. Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5514.pdf, último acesso – outubro/2010.

Oury, J. **O Coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009. 279p.

Oury, J. Itinerários de formação. In: **Revue Pratique**, n.1: p.42-50, 1991.

Passos, E. e Barros, RB. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: **Revista de Psicologia Clínica – PUC/RJ**. V.13, n.1: p:89-99, 2001.

Pereira, ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5: p:1527-1534, 2003.

Piaget, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1973.

Pichon-Rivière, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

Ribeiro, ECO & Motta, JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. In: **Saúde em Debate**, v.12, n.12: p.39-44, 1996.

Ricoeur, P. **Tempo e narrativa. Tomo I**. Campinas: Papyrus, 1997. 327p.

Ricoeur, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990. 172p.

Rodrigues, HBC *et al* (orgs). **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

Rosa, JG. **Grande Sertão: Veredas**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 429p.

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

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

Sartre, J-P. **Crítica da razão dialética**. Buenos Aires: Losada, 1963.

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

Serpa Junior, OD *et al*. A inclusão da subjetividade no ensino da psicopatologia. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22: p.207-222, 2007.

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

Souza, NA. Formação médica, racionalidade e experiência. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1: p.87-96, 2001.

Spink, MJP & Medrado, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p.41-61.

Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725p.

Stake, RE. Case studies. In: Denzin & Lincoln (orgs). **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 2000. p. 435-454.

Stake, RE. The case study method in social inquiry. In: **Educational Researcher**, v.7, n.2: p.5-8, 1978.

Tanaka, OU & Ribeiro, L. Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n. 9: p.1845-1853, 2006.

Tesser, CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18: p.61-76, 2006.

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

Tronchin, DMR, *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. In: **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.43 (esp 2): p. 1210-1205, 2009.

Triviños, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

Turato, ER. Métodos Quantitativos e Qualitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In: **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5: p.507-14, 2005.

Westphal, MF. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista** [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/ USP; 1992.

Westphal, MF; Bógus, CM & Faria, MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6: p.472-482, 1996.

Winnicott, DW. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Worthen, BR; Sanders, JR & Fitzpatrick, JL. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. Editora Gente, 2004.

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

Vieira, AG. Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.3: p.599-608, 2001.

Viganó, C. A construção do caso clínico em saúde mental. In: **Curinga**, n.13: p.39-48, 1999.

Vygotsky, L. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Yin, RK. **Case study research: design and methods**. London: Sage Publications, 1984.

Zanotto, MAC & De Rose, TMS. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. In: **Educação e Pesquisa**, v.29, n.1: p.45-54, 2003.

9. Anexos

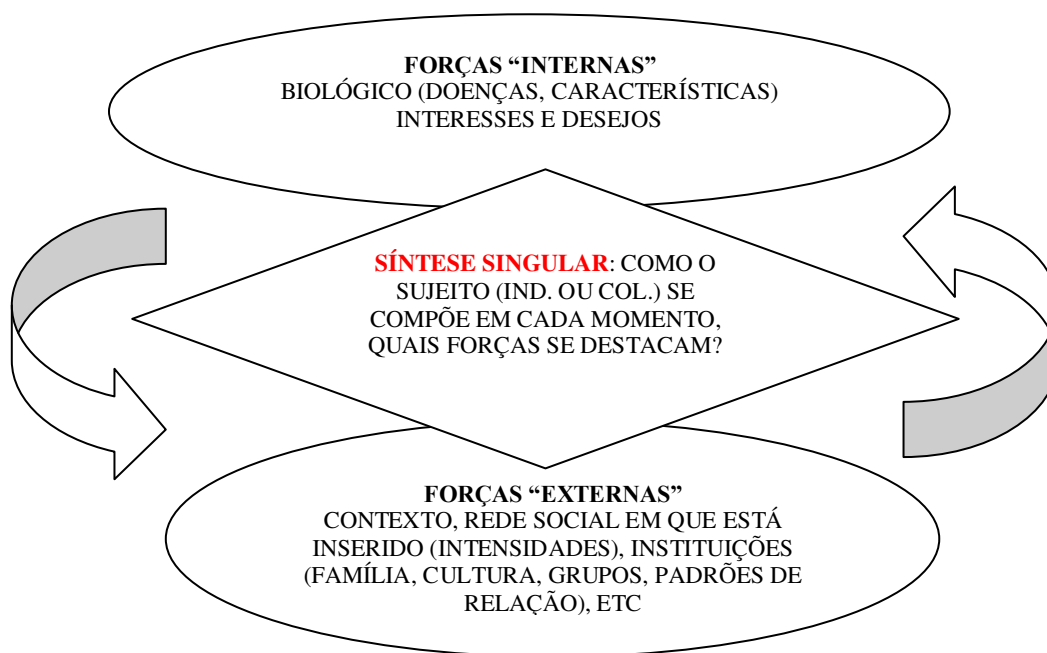
Anexo I

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Alguns itens que podem ser úteis para uma equipe conhecer e apresentar o caso clínico em grupo de discussão

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

MAPA CO-PRODUÇÃO DE SUJEITOS



Alguns itens que podem ser úteis para uma equipe conhecer e apresentar os casos relativos aos problemas do trabalho em equipe

1. Quais os grupos e pessoas envolvidos?
2. História destes grupos ou pessoas no serviço (na medida do possível)
3. Quais os interesses / desejos 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?
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

Anexo II

Alguns Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados:

- Obesidade: Projeto Terapêutico Singular na Equipe de Referência e suas dificuldades.
- Relação entre Serviços de Saúde/Conselho Tutelar em casos de violência à criança e adolescente
- Aconselhamento em DST/AIDS
- Um olhar especial para os trabalhadores do Centro de Saúde
- O saber escutar
- Relato de experiência na implantação do processo de acolhimento em um Centro de Saúde na cidade de Campinas – SP
- A coordenação clínica da equipe de saúde da família como ativadora e articuladora do apoio matricial em saúde mental
- A relação de uma equipe de atenção primária
- Gestão do cuidado em clínica ampliada na relação especialista – generalista
- A construção do modelo pedagógico na relação ensino/serviço
- Saúde Mental e o programa Saúde da Família
- Oligofrenia
- Estudo de caso aplicado em Unidade Básica de Saúde com enfoque na disfunção erétil
- Tuberculose com tratamento supervisionado: desafios do trabalho em equipe
- LER /DORT
- A pessoa doente, sua família e a equipe de saúde
- Quem ira empurrar minha cadeira de rodas?
- Acolhimento
- Agentes comunitários de saúde - Qual é o problema?
- Como trabalhar em equipe?
- A utilização de medidores de saúde no planejamento estratégico de gestão
- Construindo a memória do curso de especialização 2008/2009
- Abordagem da subjetividade para a realização de um programa terapêutico singular com adesão do paciente e interação da equipe
- A equipe de referência
- Saúde mental e atenção básica

Anexo III

Cronograma de ofertas teóricas (Turmas A e B)

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA**

| Data | Tema | Professores |
|-------------|--|--|
| 13/mai | ABERTURA Oficial do Curso: Sistemas Públicos de Saúde. SUS: desafios e perspectivas | Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Campinas Exmo. Sr. Diretor da FCM - Unicamp E Coordenadores do Curso: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos Profa. Dra. Olga Maria de Carvalho Aula: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos |
| 27/mai | 2h: Seminário aberto: discussão sobre o seminário do SUS 2h: Contrato e metodologia do curso | Professores Apoiadores em subgrupos |
| 03/jun | 2h: Discussão de casos 2h: Atenção primária à saúde e a Estratégia de saúde da família. | Prof. Gustavo Tenório Cunha |
| 10/jun | 2h: Discussão de casos 2h: Co-produção do processo Saúde / Doença/ intervenção: clínica Ampliada e compartilhada. | Professores Apoiadores em subgrupos Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos |
| 17/jun | 2h: Discussão de casos 2h: Grupalidade e conceitos operativos para o trabalho em coletivos | Professores Apoiadores em subgrupos Professores Apoiadores (Mariana, Deivisson, Paula, Ana Franklin) em subgrupos |
| 24/jun | 2h: Discussão de casos 2h Abordagem psicossocial na co-gestão da equipe, na família e na relação clínica. | Professores Apoiadores (Mariana, Deivisson, Paula, Ana Franklin) em subgrupos |
| 01/jul | 2h: Discussão de casos 2h: Seminário aberto | Professores Apoiadores em subgrupos |
| 08/jul | 2h: Discussão de casos 2h: Contribuições de Balint ao trabalho com coletivos | Profa. Ana Franklin e Prof. Gustavo Tenório Cunha |

| | | |
|---------|---|---|
| 05/ago | 2h: Discussão de casos 2h: Projeto Terapêutico Singular: ampliação da clínica e educação da equipe de saúde | Prof. Gustavo Nunes de Oliveira |
| 12/ago | 2h: Discussão de casos 2h: Trabalho em Equipe: interdisciplinaridade; campo e núcleo de saberes e de responsabilidade sanitária; referência e coordenação de caso; co-gestão do trabalho | Professores Apoiadores (Gustavo Tenório, Gustavo Nunes, Paulo, Giuliano) em subgrupos |
| 19/ago | 2h: Discussão de casos 2h: Co-construção de autonomia: efeito Paidéia, dinâmica psicossocial do trabalho em saúde | Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos |
| 26/ago | 2h: Seminário Aberto 2h: Discussão de casos | Professores Apoiadores em subgrupos |
| 2/set | 2h Discussão de casos 2h Abordagem familiar: dinâmica familiar, instrumentos para lidar com família, eco-mapa, visita, outros | Prof. Nair Lumi Yoshino |
| 9/ set | 4h O Caso da Diabetes | Prof. Dr. Mario Saad - Unicamp |
| 16/ set | 4 h clínica Ampliada e prevenção em problemas crônicos dos adultos e o Caso da hipertensão arterial e agravos cardiovasculares | Prof. Francisco Ker Saraiva e Prof. Wilson Nadrus Jr. |
| 23/ set | 2h Discussão de Casos 2h Acolhimento | Prof. Gastão Wagner de Souza Campos |
| 30/set | 2h Discussão de Casos 2h Atenção à Saúde do Idoso: Clínica e promoção da Saúde do Idoso | Profa. Keite P. Paiá (Unicamp) |
| 7/ out | 2h Discussão de Casos 2h Dinâmica alimentação, subjetividade e contexto: distúrbios alimentares, obesidade. | Profa. Daneila Marin e Profa. Laura Ward (Unicamp) |
| 14/out | 2h Discussão de Casos 2h Programação em Saúde: organização da agenda, marcadores de vulnerabilidade. | Prof. Carlos Gama - Unicamp |
| 21/out | 2h Discussão de caso 2h Apoio matricial e gestão de rede em saúde: relação generalistas e especialistas, regionalização e programas | Prof. Gilberto Scarazatti |
| 4/ nov | 2h Discussão de Casos | |

| | | |
|-----------------|---|---|
| | 2h A estratégia de redução de danos | Prof. Décio Alves Ribeiro |
| 11/ nov | 2h Discussão de Caos 2h Dependência química: prevenção e reabilitação psicossocial | Prof. Renata Azevedo (psiquiatra – Unicamp) |
| 18/ nov | 2h Discussão de Casos 2 h Seminário Aberto | |
| 25/ nov | 2 h Discussão de Casos 2h Epilepsia | Prof. Dr. Li Li Min |
| 2/ Dez | 2h Discussão de Casos 2h Saúde e Trabalho; vulnerabilidade ocupacional, diagnóstico precoce e vigilância à saúde do trabalhador | Prof. Vera Salermo (Unicamp) |
| 9/ Dez | Avaliação Final de 2008 | |
| 27/jan/ 2009 | 2h Discussão de Casos 2h Território | Prof. Gustavo Nunes de Oliveira |
| 3/ fev | 2h Discussão de Casos 2h Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 10/ fev | 2h Discussão de Casos 2h Doenças Infecto Contagiosas prevalentes na região: Dengue e Febre Amarela | Profs. Rodrigo Angerami e André Freitas |
| 17/fev | 2 h Discussão de Caso 2h Rastreamento de Neoplasias | Prof. José Barreto |
| 3/março | 2h Discussão de Casos 2 h Saúde Coletiva na Atenção Básica: Vigilância epidemiológica, Núcleo de Saúde Coletiva | Prof. Maria Filomena Gouveia |
| 10/ março | 2h Discussão de Caso 2h Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 17/março | 2 h Discussão de Caos 2h O PSF e a abordagem dos problemas de escolarização | Prof. Paulo Bonilha |
| 24/ março | 2h Discussão de Casos 2h Prevenção e clínica ampliada em epidemias e endemias; Tuberculose | Prof. Mariângela |
| 31/ março | 2h Discussão de Casos 2h A saúde da família e a sociabilidade contemporânea | Prof. Ana Franklin |
| 7/ abril | 2 h Discussão de Casos 2 h Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 14/ abril | 2h Discussão de Casos 2h Política e programas de saúde da criança e adolescente no Brasil: papel da Atenção Básica e da Saúde da Família | Prof. Fernanda Hadad |
| 28/abril | 4 h Acompanhamento de Saúde Criança e | Prof. Maria de Lourdes Zanolle |

| | | |
|----------|---|-------------------------------------|
| | adolescente. | |
| 5/maio | 4 h AIDIPI: Doenças prevalentes na infância: Ênfase nas IRAS | Prof. Maria de Lourdes Zanolle |
| 12/maio | 2h Discussão de Casos 2h Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 19/ maio | 2h Discussão de Casos 2h Os desafios da Gestão participativa | Prof. Gastão Wagner de Souza Campos |
| 26/maio | 2 h Discussão de Casos 2h Políticas de Saúde para mulher no Brasil: papel da Atenção Básica e a Saúde da Família | Prof Zeferino e Fernando Brandão |
| 2/ jun | 2h Discussão de Casos 2h Climatério e Leucorréia | Prof. Arlete Maria dos S. Fernandes |
| 9/jun | 2h Discussão de Casos 2h Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 16/ jun | 2h Discussão de Casos 2h Cuidados Pré Natais e queixas comuns na gestação | Prof. Valéria Bahamondes |
| 23/jun | 2h Discussão de Casos 2h Anticoncepção | Prof. Valéria Bahamondes |
| 30/jun | Avaliação do curso Turmas A e B | |
| 02/jul | Avaliação do curso Turmas C e D | |
| 28/jul | Seminário Aberto | Professores horizontais |
| 4/ ago | 2h Discussão de caso 2h Saúde Mental na Atenção Básica | Prof. Deivison Vianna |

| | | |
|--------|--|----------------------------|
| 11/ago | 2h Discussão de Casos 2h Psicopatologias mais frequentes na Atenção Básica: Manejo dos medicamentos em Saúde Mental | Prof. Deivison Vianna |
| 1/set | 2h Discussão de Casos 2h Planejamento em Saúde | Profa. Márcia Amaral |
| 8/set | 2h Discussão de Casos 2h Método clínico centrado na pessoa | Prof. Giuliano Dimarzio |
| 15/set | 2h Discussão de Casos 2h Seminário Aberto | Professores Horizontais |
| 22/set | 2h Discussão de Casos 2h AIDS e DST | Prof. Vicente Pizani |
| 29/set | 2h Discussão de Casos 2h Saúde Bucal na Atenção Básica | Prof Marcelo Bacci Coimbra |
| 6/ out | 2h Discussão de Casos 2h Informação e Avaliação participativa: indicadores, analisadores e sua relação com a gestão | Prof. Carlos Gama |

| | | |
|---------|--|---|
| 13/out | 2h Discussão de Casos 2h Problemas reumatológicos mais frequentes | Prof. Arlete Coimbra |
| 20/out | 2h Discussão de Casos 2h Violências, uma questão de Saúde Pública | Prof. Verônica Alencar, Roberto Avancini e Augusto Lazzarin |
| 27/out | 2h Discussão de casos 2h Problemas respiratórios mais frequentes | Prof. Silvia Mateus |
| 3/ nov | 2h Discussão de casos 2h Práticas e saberes da Enfermagem na Atenção Básica | Prof. Jeanete Mufalo |
| 10/Nov | Avaliação do curso | Professores Horizontais |
| 26 /Nov | Encerramento do curso (Salão Vermelho) | |

Anexo IV

Temas abordados nos Seminários Abertos

SUS Campinas

Elaboração de estudo de caso, o que é um caso?

Território

Avaliações do curso

Saúde do trabalhador

Violência

Subjetividade na prática em saúde

Projetos coletivos

Trabalho de grupo, manejo e teoria

Filme Estamira

Filme Quanto vale ou é por quilo?

Trabalho em equipe

Agentes comunitários de saúde

Terapia comunitária

Função apostólica (Balint)

Discussão das expectativas dos alunos sobre o curso

Discussão do roteiro de apresentação dos casos

Integração do curso com serviço: como levar a equipe a se aproximar dos casos?

Abordagem e tratamento de feridas

Territórios

Sistema de Saúde da Venezuela – Bairro Adentro

Modelo de Saúde no Canadá

Vídeo: ansiedade, fobias e pânico

Saúde no mundo contemporâneo

A consulta com o médico de saúde da família

Educação permanente

Anexo V

Questionário de auto-avaliação

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data:

Aluno:

Avalie sua inserção no curso em relação a:

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---|-------------|---|---|---|---|---|--|
| Participação nas aulas teóricas | Pouca | | | | | | Significativa |
| Leitura dos textos propostos | Nenhum | | | | | | Todos |
| Utilização do TelEduc | Nenhuma | | | | | | Produtiva |
| Participação nas discussões de caso | Pouca | | | | | | Significativa |
| Cumprimento das tarefas propostas | Nenhuma | | | | | | Todas |
| Preparação e apresentação do caso escolhido * | Ruim | | | | | | Excelente |
| Devolutiva para a equipe de saúde da família das sugestões feitas pelo grupo na apresentação do mesmo | Não ocorreu | | | | | | Ocorreu e de forma sistematizada |
| Acompanhamento da evolução do Projeto Terapêutico Singular do caso após a apresentação (com registro no Portfolio do TelEduc) | Não ocorreu | | | | | | Ocorreu e foi descrita no Portfolio do TelEduc |
| Aplicação dos temas, conceitos e reflexões do curso na condução do caso | Nenhuma | | | | | | Muita |
| Aplicação dos temas, conceitos e reflexões na prática cotidiana como profissional de saúde da família | Nenhuma | | | | | | Muita |

Anexo VI

Exemplo de texto auto-avaliativo

Meu caso foi sobre o acolhimento. Até o momento, ele continua da mesma forma como antes, de forma que não há o que atualizar. Acho que o curso teve muita importância no meu trabalho nestes meses. Vou falar um pouco disso.

Aos poucos o Paidéia foi sendo abandonado e o CS foi se adaptando às novas orientações como Plano Suporte. Deixou sua porta aberta para PA, privilegiou o atendimento dentro das salas, a produção de consultas, e eu fui me adaptando à nova realidade também. Desde o início do curso, voltou-me à memória O QUE ESTÁVAMOS FAZENDO MESMO? QUAL ERA MESMO A PROPOSTA? Pois é, estava tudo sendo esquecido em algum canto da vida, lá pra trás... Eu estava no piloto automático, curtindo fazer uma clínica bem feita, usar recursos como Homeopatia e Acupuntura, sem me dar conta de que isso era pouco... Participar desse curso tem propiciado em mim uma atitude mais atenta ao dia a dia do CS.

As primeiras aulas sobre Políticas de Saúde, a Estratégia da Saúde da Família, Clínica Ampliada, Grupalidade, Trabalho em Equipe, me permitiram perceber o quanto estamos distante disso tudo. Eu quis mudar. O fato de termos ficado sem reuniões gerais por muito tempo e de as reuniões de equipe serem tão raras e curtas ganhou grande importância, pois para repensar e melhorar o processo de trabalho de forma efetiva, as mudanças precisam ser fruto de discussão coletiva em que a necessidade de mudança seja percebida e desejada, senão por todos, pala maioria.

Aqui estava meu primeiro grande nó: As REUNIÕES GERAIS em que pudéssemos falar sobre o que estamos fazendo, para onde estamos indo. Aos poucos, conversando com outros profissionais que também querem ter um serviço organizado na lógica da Saúde da Família, conseguimos mostrar à coordenação, a importância de retomarmos as Reuniões Gerais. Estas estão sendo realizadas já há dois meses e a última, em minha avaliação e de outros profissionais do CS, foi muito boa porque conseguimos discutir o registro das mamografias, coisa que parecia específica da GO e todos perceberam que precisava do cuidado de todos para dar certo e criamos coletivamente a solução. Acho que essa percepção da necessidade do grupo funcionar como uma equipe foi o grande ganho da reunião.

O outro grande nó são as reuniões de Equipe. Elas não têm sido um espaço para pensarmos a nossa prática ou para organizarmos nosso trabalho. Lancei a provocação: SOMOS UMA EQUIPE? TEMOS ALGUM OBJETIVO COMUM QUE FAZ DE NÓS UMA EQUIPE?

Pois é, essa questão ganhou espaço e estamos nos propondo a planejar as atividades da saúde da mulher, da criança e do adulto nas reuniões de equipe, para que todos nós possamos nos apropriar das atividades da equipe, além de poder pensá-las como parte de um trabalho maior. Temos a limitação de contar com apenas duas horas quinzenais para essa empreitada. Aí, mais um nó a desamarrar...

Acho que esse movimento que está acontecendo é fruto do curso, da inquietação que me provocou desde as primeiras aulas. É verdade que estou tendo muito bons parceiros. Ganhei argumentos para as questões que vão sendo colocadas no dia a dia e acho que está mais claro onde podemos chegar.

Anexo VII

Questionário de avaliação do curso

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

2- Estas expectativas foram contempladas?

() sim () parcialmente () não

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

| Aula X – Professor Y (para cada aula, uma tabela de avaliação) | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|--|---|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| 3.1 | Abordagem do tema | Superficial | | | | | | Profunda |
| 3.2 | Bibliografia fornecida | Insuficiente | | | | | | Suficiente |
| 3.3 | Exposição dos objetivos | Obscura | | | | | | Clara |
| 3.4 | Estes objetivos foram atingidos? | Não | | | | | | Sim |
| 3.5 | Contribuição à sua prática no serviço | Inexistente | | | | | | Significativa |
| 3.6 | Contribuição para sua formação em geral | Inexistente | | | | | | Significativa |
| 3.7 | Contribuição para o desenvolvimento de sua capacidade crítica | Inexistente | | | | | | Significativa |
| 3.8 | Avaliação geral da exposição | Ruim | | | | | | Excelente |

4 – Com relação ao Módulo de Habilidades:

| Tema X – Tutor Y | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|------------------|---|-------------|---|---|---|---|---|---------------|
| 4.1 | Relevância do tema | Nenhuma | | | | | | Alta |
| 4.2 | Abordagem do tema | Superficial | | | | | | Profunda |
| 4.3 | Exposição dos objetivos | Obscura | | | | | | Clara |
| 4.4 | Estes objetivos foram atingidos? | Não | | | | | | Sim |
| 4.5 | Contribuição à sua prática no serviço | Inexistente | | | | | | Significativa |
| 4.6 | Contribuição para sua formação em geral | Inexistente | | | | | | Significativa |

| | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|-----------|
| 4.7 | Organização do estágio | Ruim | | | | | | Excelente |
| 4.8 | Tempo para desenvolver as atividades | Insuficiente | | | | | | Excessivo |
| 4.9 | Avaliação geral do estágio | Ruim | | | | | | Excelente |

5 – Com relação aos apoiadores/ professores horizontais da sua turma:

| Nome: | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-------|--|---------------|---|---|---|---|---|-----------|
| 5.1 | Forma de exposição das idéias | Ininteligível | | | | | | Clara |
| 5.2 | Coerência no desenvolvimento do conteúdo | Incoerente | | | | | | Coerente |
| 5.3 | Incentivo à participação dos alunos | Pouco | | | | | | Muito |
| 5.4 | Condução das discussões em grupo | Ruim | | | | | | Excelente |
| 5.5 | Acompanhamento oferecido ao longo do curso | Fraco | | | | | | Intenso |
| 5.6 | Desempenho de uma maneira geral | Ruim | | | | | | Excelente |
| Nome: | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5.7 | Forma de exposição das idéias | Ininteligível | | | | | | Clara |
| 5.8 | Coerência no desenvolvimento do conteúdo | Incoerente | | | | | | Coerente |
| 5.9 | Incentivo à participação dos alunos | Pouco | | | | | | Muito |
| 5.10 | Condução das discussões em grupo | Ruim | | | | | | Excelente |
| 5.11 | Acompanhamento oferecido ao longo do curso | Fraco | | | | | | Intenso |
| 5.12 | Desempenho de uma maneira geral | Ruim | | | | | | Excelente |

6- Com relação ao uso do TelEduc:

| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-----|---|--------------|---|---|---|---|---|------------|
| 6.1 | Uso para discussões | Impertinente | | | | | | Pertinente |
| 6.2 | Qualidade das discussões | Ruim | | | | | | Excelente |
| 6.3 | Organização do material de apoio | Ruim | | | | | | Excelente |
| 6.4 | Organização da agenda de trabalho | Ruim | | | | | | Excelente |
| 6.5 | Participação dos professores de uma maneira geral | Ruim | | | | | | Excelente |
| 6.6 | Manuseio das ferramentas operacionais | Difícil | | | | | | Fácil |

7- Se desejar, faça comentários sobre questões que considera relevantes (temas, expositores, TelEduc, textos,etc) (utilize o verso se necessário).

Anexo VIII

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Roteiro da discussão em grupo para avaliação do curso

- 1 – Em pequenas rodas, avalie os seguintes temas em relação ao Curso:
 - Abordagem metodológica
 - Grupalidade e troca de experiências
 - Compreensão dos conceitos apresentados
 - Composição de ações e estratégias que demonstre capacidade de provocar mudanças no processo de trabalho
- 2 – Registre a síntese da discussão
- 3 – Em roda ampliada compartilhe a síntese da discussão, consolidando a avaliação sobre o Curso
- 4 – Registre as questões debatidas

Exemplo da sistematização da discussão de um dos grupos:

Abordagem metodológica do curso

A utilização da prática diária através da discussão de casos leva a construção de idéias e ações, transformando as intervenções. Não há imposição de idéias, tudo é construído em equipe. A mescla da discussão de casos com as aulas teóricas, enriqueceram a construção e a reciclagem dos conhecimentos aplicados na prática.

Grupalidade e troca de experiências

A discussão em grupo sobre os casos clínicos foi muito enriquecedora devido às trocas de experiências. A dinâmica dos problemas discutidos entre os colegas foi quase sempre a mesma, porém a abordagem é distinta, baseada na diretriz de cada gestor em seu determinado distrito de saúde.

Compreensão dos conceitos apresentados

Os textos eram muito complexos, subjetivos de difícil entendimento quando comparados às exposições nas aulas teóricas.

Composição de ações e estratégias que demonstre capacidade de provocar mudanças no processo de trabalho

Algumas discussões levaram a mudanças e adaptações nos diversos centros de saúde entre elas: necessidade da realização sistematizada das reuniões de equipe (referência e geral); organização do processo de trabalho na equipe definindo prioridades elaboração de PTS; discussão sobre a importância das diretrizes do Programa de Saúde de Família dentro do Paidéia; organização de novas ações (início de grupos, abordagem na prática clínica, organização de campanhas)

Anexo IX

Exemplo de avaliação personalizada

Você não teve nenhuma falta até agora, isso mostra seu interesse e empenho em aproveitar o que o curso pode lhe oferecer. Nas discussões do grupo e durante as aulas você é sempre muito presente, atenta e participativa. Talvez, para o próximo ano, você possa se aventurar a intervir mais nas discussões com suas opiniões, na medida em que for sentindo mais a continência do grupo.

Você usa frequentemente o TelEduc para acompanhar o curso, cumpriu com todas as tarefas que solicitamos. Na sua auto-avaliação você referiu que conseguiu ler a metade da bibliografia indicada, então esperamos que você consiga dar mais atenção a isso no próximo ano. Se precisar de ajuda, conte conosco.

A apresentação do seu caso foi bem completa com relação ao histórico contido no prontuário e seu Portifólio Individual também está completo com as informações do caso e das ações realizadas. Vocês estão conseguindo garantir a depoprovera, o que é essencial nesse momento. Poderia detalhar mais os desdobramentos da reunião realizada no Crami. Daqui para frente será preciso investir nos outros nós críticos que identificamos no caso.

Parabéns pelo seu aproveitamento!!

Anexo X

Roteiro do Grupo Focal (1ª rodada)

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Roteiro – Grupo Focal de avaliação do curso

Aquecimento – abordagem preliminar

1. Na visão de vocês, qual a importância deste curso? Para que ele está servindo?

Sobre as práticas clínicas e de promoção à saúde

2. Atualmente, a sua visão sobre o processo saúde-doença-intervenção é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?
3. Vocês percebem alguma mudança em sua prática cotidiana (na clínica e nas ações de saúde coletiva) que tenha sido motivada pelo curso? Em que situações vocês percebem essa(s) diferença(s)? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?
4. Vocês desenvolvem ações que não desenvolviam antes de iniciar o curso? Quais? (Visitas, grupos, trabalho com adolescentes e famílias, parcerias com ongs, etc)

Sobre o trabalho em equipe

5. Atualmente, a sua visão sobre a importância do trabalho em equipe é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?
6. Em relação à dinâmica de funcionamento das suas equipes, houve alguma mudança motivada pelo curso? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

Sobre a gestão

7. Atualmente, a sua visão sobre a gestão da unidade e/ou da Atenção Básica é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?
8. E na interação com os gestores (coordenador de unidade, apoiadores do distrito), houve alguma mudança? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?
9. E em relação à participação de vocês na gestão da unidade, mudou alguma coisa? Como o curso contribuiu nessa mudança?

Sobre a gestão de si mesmo e o “ser trabalhador de saúde”

10. Vocês desenvolveram algum gosto ou interesse por alguma atividade ou área de atuação, motivados pelo curso? E em relação ao prazer ou à satisfação no trabalho, mudou alguma coisa?
11. Vocês percebem alguma mudança na maneira de lidar com o conflito ou com situações que geram incômodo no trabalho? Como o curso contribuiu?

12. Houve alguma mudança no que vocês sentem em relação ao trabalho direto com as pessoas, a família e a comunidade? E em sua visão sobre o usuário? Como o curso contribuiu?
13. Vocês percebem alguma diferença motivada pelo curso em mais algum outro aspecto da sua vida? A que vocês atribuem essas mudanças?

Sobre a metodologia do curso

14. Qual é a opinião de vocês sobre as discussões de caso? Para que serviram? Qual sua importância no contexto do curso?
15. E sobre as aulas teóricas? Para que serviram? Qual sua importância no contexto do curso?
16. Como vocês avaliam os professores/apoiadores horizontais do seu grupo? Como eles contribuíram para o aprendizado do grupo?
17. Existem outros espaços (na unidade ou fora dela) em que vocês podem falar sobre os assuntos abordados pelo curso? Quais? Vocês consideram importante haver espaços como este? Eles seriam importantes para que?
18. O que vocês mudariam e o que manteriam no formato do curso? Por que?

Anexo XI

Composição da turma B

| | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------|
| Distrito Leste | CS Parque São Quirino | 1 médica e 2 enfermeiras |
| | CS Vila Costa e Silva | 2 médicos e 1 enfermeira |
| | CS Taquaral | 2 médicas |
| | CS Jardim Conceição | 1 médico |
| | CS Sosas | 1 médico |

| | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|
| Distrito Sudoeste | CS DIC III | 1 médico e 1 enfermeira |
| | CS Itatinga | 2 médicos |
| | CS São Cristóvão | 1 médico e 1 enfermeira |
| | CS Jardim Capivari | 1 enfermeira |

| | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|
| Distrito Noroeste | CS Parque Valença | 1 médica e 1 enfermeira |
| | CS Vila Perseu | 1 médico |
| | CS Satélite Íris | 1 médica |
| | CS Lisa | 1 médico |
| | CS Rossim | 1 médica |
| | CS Itajaí | 1 enfermeira |
| | CS Jardim Florence | 1 enfermeira |



CEP, 28/07/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 661/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0530.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA E PARTICIPATIVA DE UM PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: O APOIO PAIDÉIA PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS AMPLIADAS E COMPARTILHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mariana Dorsa Figueiredo

INSTITUIÇÃO: Unidades Básicas de Saúde

APRESENTAÇÃO AO CEP: 15/07/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/07/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar os resultados de um curso de especialização em saúde da família na formação e nas práticas profissionais, especialmente no que se refere a abordagem da subjetivamente e da dimensão psicossocial na atenção individual e coletiva. Pretende-se avaliar também, a eficácia da proposta metodológica de apoio Paidéia utilizada no curso para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas na atenção básica.

III - SUMÁRIO

Farão parte do estudo os profissionais/alunos da turma B do curso de especialização em saúde da família, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que são coordenadores das UBS onde trabalham os alunos/profissionais da turma B e apoiadores dos distritos de saúde das respectivas regiões. Será utilizada a técnica de grupos focais, a análise das avaliações periódicas realizadas durante o curso, a análise da produção dos alunos e professores/apoiadores e a observação e acompanhamento do cotidiano dos serviços. Será realizada oficina com os grupos para devolução do material levantado e elaboração coletiva de um material teórico-prático de fácil acesso, que possa servir como contribuição para o desenvolvimento de uma abordagem ampliada e compartilhada na atenção básica.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto de tese de doutorado da MPS. Projeto bem redigido, com orçamento adequado. Tem autorização do Secretário de Saúde de Campinas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado para os sujeitos de pesquisa.



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de julho de 2009.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, em nível de Doutorado, Intitulada **“PESQUISA AVALIATIVA E PARTICIPATIVA DE UM PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: O APOIO PAIDÉIA PARA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS AMPLIADAS E COMPARTILHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA”**, que tem por objetivo avaliar os efeitos produzidos pelo “Curso de Especialização em Saúde da Família: Cuidado e Gestão na Atenção Básica” na formação e nas práticas profissionais dos alunos, especialmente no que se refere à abordagem psicossocial na atenção individual e coletiva e analisar a eficácia da proposta metodológica de Apoio Paidéia na construção de práticas ampliadas e compartilhadas.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível Doutorado, no Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM / UNICAMP, junto a profissionais médicos e enfermeiros da rede municipal de saúde de Campinas, que estão participando da turma B do Curso de Especialização em Saúde da Família: Cuidado e Gestão na Atenção Básica, tanto tutores/docentes, quanto alunos; coordenadores dos serviços onde atuam os alunos e apoiadores distritais dos mesmos serviços, sob a orientação do professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos.

Campinas, 06 de julho de 2009



JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde

Anexo XIV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada “A construção de práticas ampliadas e compartilhadas: Apoio Paidéia e formação em saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP. A pesquisa tem como objetivos: 1) avaliar os efeitos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica” na formação e nas práticas dos alunos/profissionais, no que se refere à abordagem da subjetividade; e 2) analisar a proposta metodológica de Apoio Paidéia utilizada no curso para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas na Atenção Básica.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Analisar as contribuições do Apoio Paidéia para a abordagem da subjetividade;
- Investigar se o curso produziu mudanças na forma com que os profissionais concebem o processo saúde-doença-atenção, bem como em suas práticas clínicas, de saúde coletiva e de gestão;
- Analisar a intervenção dos profissionais e de suas equipes junto aos casos discutidos no curso e o desenvolvimento dos projetos terapêuticos construídos para os mesmos;
- Propor estratégias teóricas e práticas para a abordagem ampliada e compartilhada do processo saúde-doença-intervenção, com ênfase na abordagem da subjetividade;
- Gerar subsídios para o aprimoramento dos processos de formação em saúde.

Para a coleta de dados serão feitos grupos de discussão com os alunos/profissionais da turma B do Curso de Especialização em Saúde da Família e com suas equipes de trabalho nas UBSs. Também serão utilizados os materiais produzidos no curso (gravação das discussões de caso, anotações dos apoiadores/professores durante aulas e discussões, registro dos alunos/profissionais nos portfólios individuais e fóruns de discussão do TelEduc, e seus Trabalhos de Conclusão de Curso).

Um gravador de áudio será usado para se garantir que todos os dados possam ser recuperados e analisados posteriormente, mas a identidade dos sujeitos será preservada na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da tese.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta. Nada do que for dito será usado contra os alunos/profissionais no decorrer do curso ou na sua avaliação de desempenho.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.
Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Mariana Dorsa Figueiredo
Psicóloga e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP
Telefones para contato: (19) 3201 8337 e (19) 9683 6955

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo XV

Roteiro do Grupo Focal (1ª rodada) da pesquisa de doutorado: A construção de práticas ampliadas e compartilhadas: Apoio Paidéia e formação em saúde

1. Como vocês descreveriam um atendimento clínico do seu dia-a-dia?
2. Com relação ao contato direto com as pessoas, sua subjetividade, seus sofrimentos e vulnerabilidades, vocês encontram dificuldades para lidar com isso? Quais? Como vocês tentam enfrentar essas dificuldades?
3. Quando vocês entram em contato com a subjetividade e as questões psicossociais dos usuários, que sentimentos são despertados em vocês? Como vocês lidam com esses sentimentos?
4. O que vocês acham que é importante haver na prática clínica de vocês para abordar a subjetividade e o psicossocial?
5. O que vocês acham que uma equipe precisa para desenvolver uma abordagem psicossocial?
6. O que vocês esperam de um apoiador matricial para ajudá-los a lidar com a subjetividade e o psicossocial?
7. Na opinião de vocês, quais as questões chave que podem ser feitas aos usuários e famílias para entender a subjetividade e o psicossocial?
8. Para construir um projeto terapêutico para um caso que envolva a complexidade biopsicossocial, o que vocês costumam fazer? (Que recursos costumam usar?)
9. Quando um usuário ou família não adere às propostas terapêuticas, o que vocês costumam fazer?
10. Vocês acham que desenvolveram habilidades, atitudes ou posturas ao longo do curso que têm contribuído na abordagem da subjetividade e do psicossocial? Quais?
11. Como vocês se vêem após o término do curso em relação a esse tema?
12. Vocês acham que o curso ajudou vocês a trabalhar com suas dificuldades no contato com a subjetividade dos usuários? O que foi mais importante para ajudar nisso?

Anexo XVI

Memória da Oficina realizada com alunos/profissionais da turma B do Curso de Especialização em Saúde da Família

Relação de conceitos, atitudes, posturas, competências e habilidades desenvolvidas

- Considerar as dimensões inconsciente (desejo) x consciente e racional (interesse) – diferenças entre intervenções prescritivas e co-construídas;
- Necessidade da dialética proximidade/distanciamento – para reflexão e análise sobre o que o usuário traz;
- Percepção os próprios afetos/ transferência e contra-transferência na relação profissional-usuário (observar limites do profissional e equipe/ identificar os próprios sentimentos no contato com o sofrimento do outro);
- Vínculo/ confiança na instituição médica e da saúde, confiança no profissional
- Identificação de defesas, resistências, medo, negação, ganhos secundários – como estratégias de sobrevivência (dos usuários e da equipe);
- Desejos, valores e crenças (dos usuários e da equipe) – modos de vivenciar e significar a saúde e a doença;
- Compreensão sobre as motivações, o contexto e os modos de vida dos usuários (necessário para não culpabilizar);
- Co-produção do processo saúde-doença-atenção;
- Diferença entre história clínica e história de vida (biografia);
- Saúde como processo dinâmico e relacionado à história de vida;
- Redução de danos;
- Ampliar a capacidade do sujeito lidar com suas limitações – graus de autonomia – negociar com o paciente que “não adere”;
- Evitar a “função apostólica” – refletir sobre si mesmo e tentar não basear as intervenções nos próprios valores morais e afetos;
- Necessidade de espaço coletivo para analisar o trabalho (equipe, apoio matricial, discussão de caso – função “apoio”);
- Projeto Terapêutico Singular deve incluir o usuário, a família, a análise do território (risco, vulnerabilidade, resiliência), as redes sociais, intersetorialidade;
- Características da cultura e da sociedade contemporânea (individualismo, poucas trocas sociais) e suas influências no processo saúde-doença;
- Escuta (valorização do outro, visualização de diferenças individuais, ampliação e aprofundamento da escuta para diagnóstico e intervenção, “deixar falar” a subjetividade, identificação dos próprios limites (até onde ouvir? quando parar?), finalidade da escuta (o que é “resolver”? temos que resolver tudo? só escutar resolve algo?);
- A comunicação – atentar para a construção das frases e abrir espaço para a fala do usuário (“no que posso ajudar?”, exemplo de como acessar a expectativa do usuário) – fazer mais perguntas e dar menos respostas (questionar as próprias respostas/ para que serviram?);
- A conversa ou a visita “desinteressada” pode permitir maior liberdade e expressão ao usuário;

- Função “apoio” na clínica – ajudar a pensar/ ampliar a capacidade do sujeito entender e lidar com sua realidade – ampliar a capacidade do próprio usuário agir e “resolver”;
- Diferenças entre saber ético e saber técnico;
- Pequenas atitudes que fazem diferença na clínica: empatia, acolher/ receber o usuário na porta, deixá-lo se acomodar, repousar a caneta, olhar no olho, demonstrar disposição para ouvir, fazer perguntas mais abertas, perguntar várias vezes de modos diferentes.

Anexo XVII

Roteiro – Itinerário de intervenções da equipe junto aos casos discutidos no Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica

- Por que o caso foi escolhido para ser acompanhado no curso?
- Quais eram os incômodos/ dificuldades da equipe? Que sentimentos o caso despertava?
- Como era a relação da equipe com esse usuário/ família?
- Que intervenções já haviam sido feitas?
- O que facilitou as intervenções que deram certo?
- O que dificultou as intervenções que não deram certo?

- A inserção do aluno no curso trouxe alguma contribuição para o entendimento do caso? Qual(is)?
- Como vocês analisam o processo de adoecimento nesse caso?
- Como vocês têm lidado com os componentes subjetivos e sociais nesse caso? (sofrimento psíquico, desejos, vulnerabilidade, modo de vida, autonomia, sociabilidade, estratégias de sobrevivência, etc)
- Vocês adotaram alguma estratégia, atitude ou postura diferente a partir de sugestões trazidas pelo aluno do curso?
- Houve alguma mudança na relação da equipe com esse usuário/ família?
- A equipe realizou alguma ação proposta no curso para o caso? Qual(is)?
- Houve dificuldades? Quais? Como a equipe vem lidando com elas?
- Houve algum resultado ou objetivo alcançado? Qual(is)? O que favoreceu?
- Vocês acionaram Apoio Matricial da saúde mental para esse caso? Como ele se deu?

Anexo XVIII

Narrativa do grupo focal do curso

Ao contrário de nossa formação acadêmica, que nos ensinou a fazer aquela consulta objetiva, quase que reduzida à queixa-conduta, esse curso tem nos ajudado a ampliar nossa visão sobre o paciente, a enxergar atrás de sua queixa um mundo muito maior: o ambiente familiar, suas origens, suas redes. Estamos aprendendo a escutar, a não direcionar tanto e não ter pressa de resolver tudo.

Com o passar dos anos a gente vai se acomodando, achando que já sabe tudo. Alguns de nós viemos cheios de certezas – certezas médicas, que a academia produz e que a gente aprendeu em anos de pronto-socorro e UTI⁴². Mas aqui no curso tivemos que demolir grande parte delas... Isso aumenta nossas frustrações, mas estamos aprendendo a lidar melhor com elas. Percebemos que não precisamos carregar tudo sozinhos, podemos contar com a equipe, discutir com a saúde mental, com o pediatra, ou até na reunião intersectorial. Podemos e devemos pedir ajuda, dividir as responsabilidades, pois somos todos responsáveis pelos pacientes e pelas famílias.

A gente trouxe casos muito complexos no curso, com os quais a gente tinha muita dificuldade, e fomos aprendendo a ampliar o nosso campo e fazer conexões com outros setores, outros serviços. Mesmo quando parecia não haver mais saída para o caso, no meio de tanta tragédia e dificuldade, fomos percebendo que sempre tinha alguma alternativa que não tínhamos pensado. Hoje a gente tira de letra discutir caso, analisar a realidade da família.

Todos nós nos sensibilizamos para ver certas coisas. Um de nós, por exemplo, uma vez negou um passe da Transurc⁴³ para uma paciente e foi para casa incomodado, com aquilo na cabeça. Depois concluiu que tinha errado, pois se aquilo estava martelando na cabeça era porque ele não conhecia a história de vida daquela pessoa. Depois que começamos a fazer visita, conhecer o território, passamos a entender muitas coisas. Quando a gente sai do lugar que conhece, onde a gente é quem manda, nos sentimos impotentes. Ali no consultório a gente sabe tudo, fora dali parece que a gente se perde. Aos poucos fomos percebendo isso. Em outra situação, um de nós estava atendendo uma garota que chorava muito. Foi investigando e percebeu que estava deprimida e havia risco de suicídio. Então foi pedir ajuda para a psiquiatra e a resposta foi: “10 gotas de haldol, um comprimido de fenergan, duas fluoxetinas”. Foi um choque, é uma vergonha esse tipo de atitude, esse jeito de atender e jogar uma solução rápida. Essa indignação foi fruto do curso.

A gente está refletindo sobre a nossa prática, tentando melhorar o que está ao nosso alcance, no micro, na nossa governabilidade. Ali no tête-à-tête todos nós estamos

⁴² Unidade de Tratamento Intensivo

⁴³ Associação das Empresas de Transporte Coletivo Urbano de Campinas

mudando, influenciados pelo que discutimos no curso. Mas o contexto macro tem nos causado muita indignação, pois temos analisado o panorama da cidade como um todo, os rumos que o campo da saúde tem tomado, a política, a falta de diretrizes da gestão atual, e isso tem mobilizado muita frustração e até raiva.

Apesar disso, o saldo tem sido positivo, pois estamos conseguindo fazer uma crítica sobre coisas que não víamos antes. A gente nunca tinha parado para pensar naquela rotina de atendimento. Era para atender quatro por hora? Vamos atender. Cinco? Vamos atender. Quando você tem essa possibilidade de discutir não só a parte da clínica, mas a relação com os colegas e com a coordenação, quando você começa a entender a gestão do cuidado, muita coisa tende a mudar. A partir do momento em que começamos a ter uma base teórica, a pensar sobre o que pode ser mais qualificado para o cuidado, aí começam surgir aquelas interrogações: “O que eu estou fazendo? Isso aqui é pronto-atendimento! Eu vou fazer isso ou quero ter uma visão mais ampla do paciente, da sua rede social e o que está por trás daquela queixa? O que eu tenho para oferecer, quais as redes que eu posso disponibilizar?” Aí a gente pega esses questionamentos e vai para a coordenação: “Vamos mudar? Vamos priorizar as coisas que temos que priorizar?” E muitas vezes a resposta é “não”, porque o Distrito vai cobrar, vai encher de 156⁴⁴, vai diminuir a quantidade de atendimento. Hoje a diretriz não é o atendimento qualificado e sim a quantidade de atendimentos; a gente tem que pôr para dentro, passar por consulta o que chegar, mesmo que para isso você tenha que atender seis pacientes por hora. Você olha o serviço e está todo mundo fazendo atendimento ambulatorial, tudo compartimentalizado. Não pode ser assim, temos uma proposta de trabalhar em equipe, discutir os casos e os Projetos Terapêuticos, mas a gente tem percebido que o objetivo da coordenação e do Distrito é outro.

Queríamos que todos os profissionais pudessem fazer esse curso, para ampliar nosso trabalho, para todo mundo ser mexido, se mexer e se tocar que o trabalho é muito maior do que temos feito. Achamos que se a gestão tivesse um projeto claro de Saúde da Família nós teríamos aproveitado muito mais o curso, teríamos conseguido implementar muitas coisas. Alguns de nós que trabalhávamos na Saúde da Família em outras cidades, chegamos em Campinas e ficamos chocados com a falta de investimento, a falta de diretrizes e de uniformidade entre as Unidades e os Distritos, e a falta de clareza sobre o papel da Atenção Básica. A Secretaria de Saúde não sabe e não está preparada para fazer Saúde da Família, não sabe no que investir. Tanto que abrem pronto-socorro, porque a diretriz principal dessa gestão é se defender do 156! Alguns de nós até pensamos em sair daqui e ir trabalhar em outro lugar para poder trabalhar de fato com Saúde da Família. Campinas vai perder muita gente boa, gente que gosta de fazer medicina. E o tiro vai sair pela culatra...

⁴⁴ Ouvidoria da Prefeitura Municipal

Como nós não temos um modelo claro, os serviços acabam ficando muito “coordenador-dependentes”, ou seja, aquele coordenador que se identifica mais com o Programa de Saúde da Família desenvolve um tipo de serviço, mais coeso, com o pessoal falando a mesma língua. Aquele que fica preocupado com o que o Distrito e a Secretaria vão falar, faz um serviço centrado no pronto-atendimento. Quando o coordenador tem clareza do papel da Saúde da Família, ele sabe o que esperar e o que cobrar das equipes, sabe que não temos que olhar só para a demanda, mas para as nossas prioridades. A demanda é enorme, bate todo dia na nossa porta, pede no corredor, pede no estacionamento, incomoda muito e nos causa muito sofrimento. Falta investimento nas equipes, não era para termos 6000 famílias para uma equipe, principalmente em regiões onde a SUS-dependência é gigantesca. É uma destruição de tudo o que viemos construindo até hoje. A realidade na ponta está muito cruel, você está com uma faca no seu peito, tendo que dar conta de uma demanda que só aumenta, atendendo de qualquer jeito, sem tempo para pesquisar o prontuário ou pensar uma saída, porque você já tem outro na porta para atender. Essa é a coisa mais burra do mundo, mais anti-qualidade! A atribuição de um Centro de Saúde é uma, a do pronto-socorro é outra. E se a gente vai ficar fazendo pronto-atendimento no Centro de Saúde, melhor fechar tudo, não vamos ficar dizendo que fazemos Saúde da Família!

O curso nos ofereceu argumentos para entrar nesse embate. Por exemplo, quando a gente sabe que a visita domiciliar é uma atribuição nossa, essencial na Atenção Básica, a gente não deixa mais de fazer uma visita para atender aquele paciente que chegou com gripe. Isso o pronto-socorro vai atender. Mas se eu não fizer essa visita, algum serviço vai fazer? Então essa é nossa prioridade, a gente tem que dar conta disso. O curso qualificou nossa argumentação, nossa crítica, mas o problema é que a gente ainda está perdendo a discussão. A gente teve o curso, tem o conhecimento, foi lá, discutiu, e...? Achamos que conseguimos fazer uns 50% do que discutimos no curso. Se a gestão estivesse junto, talvez chagássemos a 100... Ainda há serviços onde o profissional não participa da reunião porque o horário não bate ou porque tem qualquer outra coisa para fazer. É deprimente! Nosso tesão vai lá em baixo!

O que o curso propõe é algo muito complexo, que dá trabalho. É difícil conseguir que a equipe se comprometa mais com o paciente, com o futuro. Porque o trabalho é muito mais confortável quando é feito no piloto automático, sem compromisso. É mais fácil só fazer o papanicolaou, só dar as receitas e tanto faz o que aconteceu dali para fora. É mais fácil ficar no Centro de Saúde tocando quem chega, só se livrando, do que sair a campo e ver o que tem em volta. Mas quando tem um projeto, quando abraçamos juntos uma proposta de fazer Saúde da Família, leva um tempo, mas depois as coisas vão começando a acontecer. É claro que tem fases em que o pessoal está motivado e outras em que está desmotivado. Então, quando estamos desmotivados, a equipe tem que dar um chacoalhão: “Vamos mudar! Vamos tentar de novo!” É um processo, você não fica bem o tempo todo e

também não fica mal o tempo todo. Temos altos e baixos e a equipe tem que saber lidar com esses processos.

Nós temos tentado intervir no modo de trabalhar em equipe. Em alguns serviços isso tem sido complicado, pois a coordenação acha a reunião desnecessária e está propondo diminuir o que já era insuficiente. Em outros serviços, pouco a pouco estamos começando a fazer as reuniões valerem aquelas horas, serem mais centradas nos problemas e mais eficientes. Temos cobrado mais nossos colegas, pedimos que façam as visitas, que marquem os exames, que dêem retorno aos pacientes, e também pedimos à coordenação que cobre quem não têm cumprido as tarefas. Começamos a valorizar mais os agentes de saúde e a amplitude de seu trabalho, e temos tentado potencializar sua atuação. Estamos movimentando todo mundo! E insistimos que as coisas sejam levadas para a reunião. Se alguém está organizando um grupo, pedimos para não organizar fora, para levar para a equipe, para a equipe participar, se apropriar, para ser o grupo da equipe. Porque se a equipe entende aquilo, ela vai cuidar, vai nutrir.

Quando você faz alguma mudança no micro, as pessoas estão vendo, você vai mostrando quais os benefícios de se fazer daquela forma. Mesmo em cima de muita briga nós conseguimos mudar algumas coisas. Dentre nossas diferentes experiências, alguns de nós estamos tentando colocar limites na porta e colocamos senha. Você fala de senha para o Distrito e parece que você está falando que vai matar o paciente! Só que na verdade você mata o funcionário! Conseguimos garantir que a enfermeira faça os atendimentos, que tenha uma sala, que organize sua agenda. Vários de nós conseguimos modificar o trabalho em equipe, criar espaço junto aos colegas que estavam dispostos a mudar. Num serviço conseguimos institucionalizar a reunião de equipe semanal e temos planejado melhor o trabalho, revimos nossas prioridades, organizamos a atenção aos diabéticos e hipertensos. E nesse caminho a equipe foi virando uma equipe de verdade e fomos contagiando as outras que estavam cambaleando. Hoje as quatro equipes daquele Centro de Saúde fazem reunião semanal, com duas horas de duração. Num outro serviço a coordenação até estimulava, mas todo mundo afrouxava e a recepção tomava a agenda da reunião. Hoje isso está combinado e o espaço é garantido. Isso foi o curso que nos fez brigar e conseguir.

Esse curso mexeu em vários aspectos da nossa vida. Alguns de nós assumimos uma postura de mais liderança na equipe. Outros, que nunca manifestávamos opiniões, agora nos colocamos e sempre participamos das discussões. O curso potencializou nossa ação não só como médicos ou enfermeiros, mas como pessoas. Hoje conseguimos olhar para a realidade do outro, nos colocar naquela realidade, fazer pelo paciente como se a gente fizesse pela gente mesmo. Temos analisado nossa postura e percebemos que muitas coisas que a gente apontava que os pacientes tinham que mudar, eram coisas que a gente também deveria mudar. Numa aula fizemos nosso mapa da rede de apoio e ficamos espantados. Percebemos que para compreender a mudança ou a dificuldade do outro, nós temos que olhar para as nossas também.

Nós passamos a observar mais, a ser mais críticos. Passamos a enxergar os nossos erros, os erros da equipe e passamos a cobrar mais por isso. E aí, quando você questiona, você começa a ser o problema. Em alguns serviços o pessoal começou a nos olhar torto, porque a gente passou a reclamar do que não estava certo. Tem colega que diz: “Vocês ficam de ‘ti-ti-ti’ com o paciente e não resolvem nada”. Ficamos espantados ao perceber alguns colegas tratando mal os pacientes. Se o paciente está com problema, pode ter muita coisa atrás. A gente tinha a mesma dificuldade.

Como vemos mais problemas, acabamos nos frustrando mais e brigando mais também. Mas achamos melhor brigar e nos incomodar do que nos manter acomodados como estávamos. É ruim se sentir estagnado, é preciso aprender coisas novas. Aprender a lidar com o psicossocial e com a clínica da Saúde da Família nos deu a impressão de que agora é que nos tornamos médicos e enfermeiros. O curso foi um estímulo e uma motivação muito grande. Quando resolvemos um caso ou conseguimos pequenas coisas, nos damos conta de que podemos fazer diferença, de que o nosso trabalho tem um valor. Quando a equipe está coesa a gente faz diferença.

A experiência de estar nesse grupo mudou nossa maneira de pensar. Aprendemos uns com os outros, essa troca foi um presente para nós. Todos crescemos e aprendemos a lidar com o lado emocional das pessoas e de nós mesmos. Quando a gente via como o colega lidava com o paciente, as preocupações que ele tinha para resolver o caso, parece que ia ficando mais fácil resolver os nossos problemas lá no serviço. O curso é esse grupo. A troca que fazíamos tem uma função que não existe em lugar nenhum. Isso não pode acabar, essa história de fazer curso à distância não funciona. As aulas teóricas foram importantíssimas, mas um livro, qualquer um pode pegar e ler. Então as aulas foram complementares à formação em grupo e à discussão de caso. Foi muito proveitoso quando o tema da aula teórica coincidia com o caso que havíamos discutido no dia, para trazer o que tinha faltado. Mas foi sempre um complemento, o essencial eram as discussões. E era bem melhor quando o professor tinha uma vivência da rede, pois alguns professores não conheciam o contexto no Centro de Saúde e outros se esqueciam que havia enfermeiros, davam aulas voltadas aos médicos e não aos profissionais de saúde.

Alguns de nós achamos que o curso poderia ter feito um apelo político mais explícito, para pressionar a gestão atual. A gente fez o debate, levou o conhecimento, mas na hora de botar o negócio para funcionar, estamos caminhando a passos de tartaruga... Outros de nós achamos que o conhecimento que o curso nos trouxe é, em si, um conhecimento político. Nos incentivou a brigar, a cobrar a gestão, cobrar o espaço da reunião e nos deu ferramentas para discutir temas da política. Na própria discussão do caso clínico vamos puxando a equipe, estimulando que todos cheguem no horário e façam as coisas acontecerem. E isso é intervenção política.

As discussões de caso foram muito diversificadas. No começo foi meio repetitivo, pois só trazíamos casos de saúde mental ou que envolviam problemas sociais. Depois nós mesmos fomos diversificando e discutimos casos de gestão, de saúde coletiva, de saúde

ambiental. A dinâmica foi mudando também, isso ajudou a não ficar cansativo. Passamos a trazer uma revisão teórica sobre o tema do caso, o que tornava o aprendizado mais vivo que algumas aulas. Depois passamos a assumir a coordenação das discussões e foi mais uma oportunidade para aprender algo novo. Foi difícil fazer a coordenação, alguns de nós nos sentimos torturados porque o pessoal pergunta muito! Mas a nossa turma tem uma ligação boa, no fim acaba funcionando como uma terapia de grupo. A gente cria idéias para os casos que parecem sem saída e isso enriquece não só nosso trabalho, mas a nossa vida. É um espaço gostoso, a gente tem prazer de vir para o grupo, pois não temos outro espaço como este no serviço.

Nós nos sentimos bem conduzidos pelos nossos apoiadores. Eles se complementam na abordagem e quando estamos focando muito no biológico, eles nos puxam para o psicossocial, quando estamos muito no social, eles trazem o biológico. E vão conseguindo tirar muita coisa da gente, explorar o que cada um tem para contribuir. Alguns de nós falamos mais, outros menos, mas todo mundo sempre colocou alguma coisa importante e que qualificou a discussão, e achamos que isso tem a ver com a condução dos apoiadores. Eles nos deixam livres para passear nas discussões e nos acolhem, são parte do grupo. Não tivemos inibição, mesmo para colocar as questões mais doloridas, e não tivemos medo da crítica. Tem uma empatia, a gente coloca as coisas e eles entendem, e aí você se sente à vontade e fala mais um pouco. Eles têm disponibilidade para conversar mesmo fora do grupo, estão fazendo um papel de educadores mesmo, não só de coordenadores ou professores.

Gostaríamos que o curso se comprometesse a levar essa nossa avaliação para a Secretaria de Saúde, para que tudo isso que discutimos e as conclusões a que chegamos possam servir para mudar alguma coisa. Também sugerimos para os próximos cursos que ao menos duas pessoas da mesma equipe possam participar juntas, para facilitar a implantação do que se aprende aqui, e gostaríamos de poder participar do processo de composição de novas turmas, indicando nossos colegas. Por fim, gostaríamos que esse espaço de grupo e discussão de caso pudesse ser mantido, ou que o curso tivesse duração de mais uns cinco anos!

Anexo XIX

Narrativa do grupo focal da pesquisa

No cotidiano de nossa clínica nos baseamos, de início, na queixa do paciente, na anamnese, no exame físico e, se necessário, pedimos outros exames. Dependendo da patologia, a gente atende a cada três ou seis meses e às vezes uma vez por ano. Mas agora, por termos feito esse curso, tentamos enfocar a subjetividade, entender o ambiente em que a pessoa está inserida. Na pediatria, sempre tivemos uma atenção voltada para a família, principalmente na puericultura, fazemos aquela primeira consulta enorme, cheia de dados, conversamos muito. Os horários são ampliados para abordar a família, saber sobre os pais, quem está com a criança, se está com a avó, se a mãe trabalha, se está amamentando. Na enfermagem, primeiro fazemos uma consulta geral e, se preciso, procuramos o médico para uma avaliação. O paciente nos traz as questões relacionadas à família, à vida, ao território, tudo o que ele julga importante, porque sabe que o enfermeiro tem um horário maior e vai amarrar as outras ações.

Mas independente da categoria, todos encontramos dificuldades no contato com as pessoas, pois fomos preparados para tratar o biológico e não as outras questões do ser humano. Aprendemos no curso muita coisa e muita coisa a gente vai aprendendo com a experiência. É difícil lidar com os sentimentos e com a forma como o outro vê a doença. Algumas atitudes do paciente nos geram revolta, sensação de impotência e até raiva. A gente tem que respeitar os limites do outro e tentar não interferir muito, porque em vez de ajudar a gente acaba atrapalhando. Você tenta ajudar mostrando uma maneira de resolver o problema, mas aquela é a “sua” maneira. Porque para nós aquele problema pode ser simples e aí gente trata como uma banalidade. A gente não aprende isso na faculdade e é a experiência que vai nos ensinar. Aí entra a importância da equipe, para dividir esses problemas e os casos mais sérios.

Como lidamos com muitos problemas sociais, isso angustia a equipe e nos deixa exaustos. Às vezes cometemos alguns deslizes, porque queremos suprir rapidamente aquela demanda e acabamos propondo as “nossas” soluções. A gente acredita que tem o dever de dar uma resposta, e uma resposta, para nós, é quase sempre um remedinho. Isso é para que o paciente saia satisfeito, porque senão ele acha que não foi atendido ou que fomos negligentes, mas é também para que diminua a nossa angústia. Estamos aprendendo que muitas vezes precisamos apenas ouvir e nos abrir para o que o outro está trazendo. Nós lidamos com situações de violência e isso gera muitos sentimentos. Mas não existe um manual prontinho para consultar em caso de raiva do paciente, por exemplo. Estamos aprendendo a lidar com essas situações, com o tempo estamos conseguindo parar e refletir: “opa, eu estou com raiva, não posso ficar assim”. Você aprende a lidar com os sentimentos e a usar os recursos que você tem para ajudar aquela pessoa e para entender o ponto de vista dela. Por que ela está naquela situação? Talvez ela não tenha os mesmos

mecanismos e recursos que a gente tem, nossos contextos de vida são diferentes e não tem manual que ensine isso, é vivenciando que a gente aprende a lidar. Mas tem gente que tem mais facilidade de trabalhar com a saúde mental e tem gente que não gosta, tem mais dificuldade. Também tem dias que conseguimos lidar melhor e tem dias que é pior. Estamos aprendendo a nos sensibilizar com a dor do outro, entender que as questões sociais também causam dor e sofrimento, e isso nós, na Atenção Básica, temos que abraçar. E sentimos muita satisfação quando vemos os resultados, quando conseguimos um impacto positivo na vida de um paciente. Mesmo que seja minúsculo, mas é muito gratificante.

Uma coisa que dificulta nosso trabalho é a falta de tempo para conversar com a pessoa e entender o porquê ela está naquela situação, ou porque é tão difícil para ela e para nós parece ser mais fácil. Só ao longo dos atendimentos é que vamos criando um vínculo e uma confiança a ponto de ela poder dizer que está bem do jeito que está, que nós é que queremos mudar e não ela, que para ela o problema não é esse. Alguns de nós ficávamos até deprimidos, pois não sabíamos como lidar com essas questões. Saíamos do Centro de Saúde com um peso nas costas, pensando nos problemas sem solução. Chegávamos a pensar que não estávamos no lugar certo, era uma total impotência. Depois de bastante tempo na Atenção Básica, passamos a encarar como um desafio toda vez que o paciente nos desperta um sentimento de raiva, de tristeza ou de angústia. Quando acontece isso, vemos que esse é o paciente bom, que nos traz um desafio. É o paciente que fazemos o retorno mais rápido, que vamos destrinchando nas consultas, mesmo não sabendo o que fazer. É o paciente que levamos para a reunião de equipe e pensamos o Projeto Terapêutico. Precisamos ficar de olho nele, ampliar nossa clínica. Hoje encaramos como um desafio quando precisamos trabalhar nossos sentimentos para ajudar o paciente. Se nos despertou esses sentimentos, é porque ele precisa de mais ajuda. O desafio maior é saber identificar o que sentimos.

Na relação com o paciente sempre tem alguma coisa. Quando a gente gosta muito, a relação fica complicada e temos que ficar atentos para não virar uma relação de amizade em uma sala de visita. É uma dificuldade também, temos que ficar atentos e nos policiando para não perdermos o nosso papel e não misturar. Quando perdemos esse limite a relação fica ruim, atrapalhada, confusa. Temos que estar sempre nos perguntando: “o que eu estou fazendo aqui?”, senão podemos perder muita coisa. Os pacientes que geram irritação, muitas vezes temos que nos desarmar, aproximar, destrinchar e puxar para perto. Um de nós teve uma experiência de ter muita implicância com um paciente, então sentou e foi conversando e tentando entender o que ele estava colocando, e sentiui que deu uma limpada na relação. Quando via que ele ia voltar, batia primeiro um sentimento ruim, mas aí lembrava que a relação já estava melhor. É engraçado porque a gente rotula... Vinha primeiro um sentimento ruim, ele entra na sala e só depois a gente lembra que já conversou, já avançou.

Alguns de nós achamos que se estivéssemos num país de primeiro mundo, talvez essas dificuldades não existissem ou fossem menores. Outros achamos que mesmo assim nos depararíamos com o sofrimento mental, mas talvez em menor intensidade ou teríamos mais facilidade por ter serviços melhor estruturados. Mas aqui as carências são muitas, e isso gera uma urgência para tudo. São necessidades imediatas, a pessoa não tem o que comer, é a violência, o esgoto, o saneamento básico. Precisamos do apoio dos serviços de saúde mental e muitas vezes não temos. As equipes são incompletas e nós é que temos que abraçar tudo: é biológico, é psicossocial, é assistência social, é tudo. Para não sermos apostólicos e ouvirmos mais, precisaríamos ter agendas menos lotadas e apoio de outros serviços. Pois numa consulta de 20 minutos mal cabe o biológico... O subjetivo de ninguém cabe em 20 minutos!

Nós vemos coisas que nunca imaginávamos ver na vida. As pessoas moram em lugares absurdos. Não tem rua, é uma passagem onde só passa um, um corredor enorme e dali a pouco tem uma casa. Casa? Ali moram cinco, seis, oito pessoas. Você vai fazer uma visita domiciliar e tem que descer uma escada que não tem cabimento, não dá para descer. Tem uma casa em cima da outra. Você acha que é sobrado, mas não é. Para ter acesso à casa de cima, você tem que pegar uma escada de madeira e colocar na frente da casa de baixo para subir. Se você tem dificuldade de lidar com o subjetivo, imagina nesse contexto! O que adianta ir lá? O que você vai resolver? Por outro lado, tentamos pensar sobre o que significa para o paciente a nossa ida à casa dele. Na nossa frustração, a gente acha que não está fazendo nada, que não está adiantando, às vezes a gente sente que está enganando o paciente, porque não vê o que aquela visita significa. Mas para o paciente, o simples fato de irmos lá tem uma conotação diferente, tem outro peso. Mas nós às vezes não enxergamos isso ou não sabemos muito bem como trabalhar essa questão. Nós nos exigimos muito mais do que o próprio paciente, porque nosso nível de conhecimento é muito maior. Sabemos o que poderíamos oferecer e não oferecemos, por diversos motivos. Às vezes o paciente só quer ser atendido, ter um alívio, mesmo que seja provisório e temporário, então, se nós fomos à casa dele, a satisfação foi maior do que ele esperava. O que fazemos é muito pouco, teríamos mais capacidade, o Brasil é a quinta ou sexta potência econômica do mundo e poderia oferecer muito mais a seus cidadãos. Mas temos que aceitar que o pouco que podemos oferecer já é algo e, de pouco em pouco, ajudamos. Quando nos desprendemos desse sentimento de culpa, de ineficácia, conseguimos construir algo e ajudar o paciente a pensar e se co-responsabilizar. Isso já é um atendimento e às vezes nenhum medicamento está envolvido.

Aqui no curso a gente adquiriu conhecimento e novas posturas. Desenvolvemos nosso senso crítico. Um de nós acompanhou um atendimento e se chocou com a abordagem do colega. Ele não estava atento para o que estava acontecendo na família, as suas perguntas eram todas sobre a vacinação, a alimentação e, claro, encaminhamento para a psicóloga, para avaliar a dificuldade de aprendizado! Tinha tanta coisa para ser entendida e abordada ali... Outro exemplo são os atendimentos com os adolescentes.

Alguns de nós nunca tínhamos perguntado sobre namoro, sobre como é a transa, se usa camisinha. E quando perguntamos, vimos que os garotos querem e precisam falar disso, não têm outro espaço. O curso nos fez ver que estávamos comendo bola com a meninada. Agora aprofundamos mais para entender o que se passa. Como é que podemos atender alguém só focando na queixa? Desenvolvemos autonomia para abordar esse tipo de coisa sem precisar ser psicólogo ou psiquiatra, sem precisar ser da saúde mental. O curso nos deu autonomia para tentar descobrir outras coisas que estão relacionadas com o que o paciente está apresentando, e que nos ajudam a ter mais resolutividade.

Temos refletido sobre o quanto algumas coisas, aparentemente simples e pequeninas, são necessárias em nossa clínica. Receber o paciente na porta, fazê-lo se acomodar, tirar sua bolsa do colo... A empatia, o repousar a caneta na mesa e o olhar no olho... Perguntar: “o que está acontecendo? no que eu posso te ajudar?” São coisas simples, mas que fazem muita diferença. Já é um primeiro passo para o paciente se abrir e mostra que estamos disponíveis para ouvir. A visita desinteressada, sem jaleco, pode permitir conhecer a família de outro jeito. Saber que o paciente chega num momento de sofrimento e dor, mas que não é sempre assim, tem toda uma vida, e que a gente não pode avaliar só por aquele momento. Ou quando o paciente está vindo muito ao serviço, temos que perguntar o que está acontecendo, dizer que estamos percebendo que algo não está bem, que ora ele vem com dor de cabeça, ora com resfriado, e aí vamos aproximando e aprofundando. E muitas vezes, perguntar o que está acontecendo e repetir várias vezes até que o paciente sinta confiança e possa falar. Porque os pacientes já têm um jeito de ser paciente, que encaixa no jeito de ser do médico. O médico não quer saber o que está acontecendo, ele quer saber que remédio vai dar. A enfermagem é mais aberta, mas com os médicos os pacientes acham que têm que ter uma queixa física. Um grande equívoco nosso é a comunicação gestual. A gente mal olha na cara... o que isso comunica? Não é que a gente seja ruim, mas tem que ser rápido porque tem outro esperando, tem encaixe e se for parar para ouvir... sabemos que vamos nos sensibilizar com o problema... e aí... o que fazer?

Também estamos aprendendo quando e como parar. A gente reclama que tem pouco tempo, mas temos dificuldade de interromper o paciente e dizer que daqui a um mês ele volta e podemos continuar a conversa. No fim das contas, até que temos bastante tempo, porque damos continuidade ao atendimento, vemos o paciente várias vezes no ano. Então, temos que saber coordenar. Se estamos muito tempo atendendo a mesma população, sabemos que com determinado paciente precisamos de mais tempo e que os outros vão atrasar, mas não vai ser sempre assim. Outro dia ele vai estar melhor e conseguiremos ter tempo para o outro paciente. Temos que mostrar que não é preciso esgotar tudo num primeiro momento e que nos veremos outras vezes. Muitos pacientes vêm para o serviço e querem despejar tudo, querem que a gente resolva a vida deles. Temos que responsabilizá-los, porque nem todo problema nós conseguiremos resolver e muitas

vezes isso depende mais do paciente que de nós mesmos. Mas para isso tem que haver confiança na relação e isso temos que construir o tempo todo.

Quando o usuário ou a família não adere às nossas propostas, ficamos muito bravos: se eles não aderem, então danem-se! A equipe está aberta, é o paciente que não quer entrar. Então, vamos trabalhando com redução de danos e não fechamos a porta. Por exemplo, aquele velhinho que não quer tratar o câncer de próstata porque vai ficar perdendo xixi ou porque os amigos vão falar que dá impotência. Ele prefere não tratar? É uma opção, nós aceitamos, mas tem que assinar um documento, dizendo que sabe, mas não quer tratar. Ou o diabético que não faz dieta, está no máximo da medicação oral e não quer tomar insulina. Esse é difícil... Às vezes ele até fala amém dentro do consultório, mas depois não toma. E tem outras situações: o paciente que não adere, mas que continua indo na unidade todo mês. É esse que nos causa mais irritação, porque estamos propondo, ele não está fazendo e continua demandando nossa atenção. Tem o outro que não adere, some da unidade e depois volta numa crise. Esse a gente tem vontade de descascar! Mas o que dá mais raiva é quando estamos falando o ele tem que fazer e ele está pensando assim: “hã, hã... mas minha vizinha disse...”, é complicado, porque ele discorda de um jeito desrespeitoso. E tem o paciente que não adere porque não consegue, não sabe ler a receita. Aí temos proposta, mobilizamos agentes de saúde e vizinhos, esses casos são os que têm solução. Às vezes fazemos uma proposta e o paciente não gosta. Aí tentamos entender o que ele está pensando e se for possível a gente negocia.

Na parte clínica é mais difícil negociar. Precisamos fazer educação sempre, ensinar o que é pressão alta, o que é diabetes, insulina, explicar que depois não terá mais jeito. Mais ainda para aqueles pacientes que não têm sintomas. E temos que anotar tudo no prontuário, porque muitos pacientes evoluem mal, mas foram bem orientados. Temos que estar bem resguardados quanto a isso, tomar cuidado para não ficarmos enraivecidos em cima do paciente e ensinar o máximo que puder. Não vamos obrigá-lo, ele faz o que quiser. Nós deixamos em aberto, se ele precisar, estaremos aqui, explicaremos de novo, não abandonamos. Nosso papel não é o de juiz.

Mas num Projeto Terapêutico o paciente tem que trabalhar junto. Senão a gente dá com os burros n'água, planeja um monte de coisas e o paciente não quer. Primeiro procuramos mostrar para o paciente que estamos ali pra ajudá-lo, estamos abertos para ouvi-lo. Aprendemos a enxergar além daquilo que ele está nos dizendo, porque muitas vezes ele queixa de uma coisa e o problema é o que se esconde atrás daquilo. Fazemos isso visitando a casa, entendendo onde ele foi criado, a fé que ele tem, como foi o desenvolvimento dele, o meio em que ele vive e a família. Temos que estar ali o tempo todo e abordar tudo, o biológico inclusive, mas se começamos por outra abordagem, ele vai ganhando confiança e percebe que estamos interessados nele e não só na pressão ou no diabetes. Mas ele precisa estar junto desde o começo, senão ficamos propondo arrumar emprego, tentando vaga na creche, fazendo à revelia dele por achar que é o melhor, e na verdade o paciente não quer nada daquilo. Alguns de nós tivemos essa experiência com o

caso acompanhado no curso. Hoje vemos que estávamos sendo muito prescritivos e que tínhamos que negociar mais. Se oferecemos algo pronto, é unilateral, não funciona. E temos que estar preparados para ouvir que ele não quer. Nossa tendência é ficarmos indignados, ficarmos longe dele porque ele não quis o que planejamos e sonhamos para ele. É como um escoteiro querendo atravessar o velhinho na rua, fazer a boa ação do dia! E temos que envolver a equipe, discutir o caso em reunião, num espaço garantido para construir o projeto, e não na hora do café ou na conversa de corredor. Precisamos do apoio da equipe toda.

Não é fácil identificarmos nossos sentimentos e saber o que fazer com a sensação de impotência ou com o que um paciente ou uma visita nos provoca. Nós precisamos de um mediador, alguém que nos apóie nessas questões. Nesse tempo de curso, o grupo funcionava como um espaço em que a gente podia discutir as angústias e as perdas. Nós esperávamos a terça-feira para ter esse apoio, e saíamos muito fortalecidos, podendo aprender com as experiências do outro. Mas nem todo mundo tem esse espaço e achamos fundamental haver isso nos serviços para cuidarmos de nossa própria saúde. Nós temos nas unidades muitos afastamentos de profissionais por sofrimento mental, que estão relacionados ao trabalho clínico. Tem um envolvimento afetivo e é impossível não nos envolver com os problemas com que lidamos. Todos nós precisamos processar o sofrimento, a dor, a impotência gerada no trabalho, isso é saúde do trabalhador. Tem algumas pessoas que tem mais facilidade para se desvencilhar dos problemas, outras demoram anos. Se a nossa vida pessoal vai bem, fica mais fácil conseguir equilibrar essas coisas, mas nem todos conseguimos isso sozinhos. Ainda mais quando temos a pressão da demanda, do tempo restrito para trabalhar com o sofrimento do paciente e tudo o que ele espera da gente.

O gestor tinha que ser um profissional menos supervisor e administrador, e mais capaz de unir e analisar, capaz de ouvir, por exemplo: “a paciente falou tal coisa e me deu um ódio...”. Mas que isso se desse num espaço legítimo, não na cozinha, na hora do café, para a equipe tomar decisões em conjunto e escolher as melhores intervenções. Para a equipe levar as propostas para o paciente, saber o que ele acha, e se ele não tiver condição de dizer o que acha melhor, a equipe se responsabilizar. Porque o que sempre acontece é que a gente conversa, escuta, cria vínculo, mas depois ficamos sozinhos para resolver, parece que precisamos ficar pedindo favor pros colegas. Se a equipe não divide, não se responsabiliza, então tem que ter um santo que fique no meio, unindo todo mundo e é o que o gestor muitas vezes não é. O gestor faz a gestão física, organizacional e operacional, mas os indicadores de qualidade dos atendimentos, são poucos os gestores que olham. Você está chegando com a maleta da visita e o gestor já está com três prontuários, te dizendo: “olha, tem um na observação, tem outro ali no consultório”. É assim! Você não tem tempo nem para chorar ou ficar feliz com o brilho no olho do coitado que recebeu a visita... Algum dia, algum gestor bateu nas suas costas e perguntou: “e aí, como foi sua visita?” Nunca... De que adianta a gente humanizar para fora e não humanizar para

dentro? As relações vão ficando difíceis, a gente briga, extrapola o limite do outro. Muitas vezes, nós é que ficamos de mediadores, entre nosso próprio sentimento e o sentimento da equipe, para tentar construir alguma coisa. Porque construir numa equipe heterogênea e esfacelada é muito difícil, uns enxergam a necessidade de união e outros não, uns gostam de trabalhar dessa forma e outros não. É importantíssimo ter o espaço da equipe não só para discutir os casos, mas para nos discutirmos, nossas dores e frustrações. Achemos que é papel do gestor fazer essa mediação, cuidar do convívio, olhar para o funcionário. A gente hoje tem pressão da demanda, do Distrito, da Secretaria e os gestores estão cada vez mais duros...

O apoio matricial é muito importante também, mas ele está sendo feito de uma forma pouco resolutive. Muitas vezes não há coerência entre o tema abordado pelo matriciador e o tema que a equipe tem urgência em discutir. Ou o matriciamento vem para desafogar: “ah, esse caso tem que ir para o psicólogo, esse para o psiquiatra”, e o profissional vem apenas para atender a população. O apoio matricial tinha que trabalhar as relações entre a equipe, aprimorar a sintonia... Lidar com os conflitos que estão ali, trabalhar as frustrações, as decepções... As dificuldades no processo de trabalho, o que não está dando certo e o que está acontecendo para dar errado. Precisamos desse apoio. O matriciamento também é importante para nos fortalecer quando estamos no limite com algum paciente, quando estamos inseguros para avançar. Pois temos vínculo com o paciente e não ficamos satisfeitos em apenas encaminhar. Seria bom se o apoio matricial nos instrumentalizasse. Continuaríamos com o paciente, mas com alguém nos apoiando ou atendendo junto. Seria bom se o matriciador observasse nosso atendimento, fosse nos dando autoridade para abordar, nos ensinando a fazer uma abordagem mais ampla. Nós e o próprio paciente nos sentiríamos mais seguros. Sabemos que essa era a intenção do apoio matricial, mas não é isso que acontece, embora tenhamos realidades diferentes. Alguns de nós temos boas experiências: a psicóloga vai uma vez por mês nas reuniões e discute os casos, muitos ela só orienta, alguns ela atende junto. E dá apoio se a equipe não está funcionando bem, trabalha com as questões internas. Já em outros Centros de Saúde há vários profissionais de saúde mental, mas cada um trabalhando em seu consultório. Nós mandamos o paciente e ele nunca volta, não tem alta, não há conversa, a gente nunca troca e a equipe nunca aprende nada.

Sentimos que hoje estamos mudados em vários aspectos, até na nossa vida pessoal. A maneira de lidar com os filhos, tentando entender, perguntando o que está acontecendo, chamando para conversar de outra forma. Paramos de fragmentar o conhecimento, a vida. Alguns de nós nem tínhamos percebido nossa própria mudança, mas tivemos esse retorno do coordenador ou da equipe. Nós acabamos fazendo diferença para a equipe, conseguimos resolver os problemas, a equipe pode contar com nosso trabalho. Mas acabamos nos tornando chatos também: “olha, o PTS dessa família é semanal, o agente não está visitando...”. Viramos “cri-cris”, pegamos no pé.

E aquele preconceito, de sermos uma equipe que trabalha no “postinho” de saúde, diminuiu muito para nós. Ficamos muito felizes de ver profissionais dedicados a esse trabalho, com amor, independente do que os outros pensam ou deixam de pensar. Ao contrário da maioria, não temos interesse em trabalhar em Hospital Escola, ter esse status. A gente está preocupado em se melhorar, ser capaz de fazer diferença para aquela comunidade. Isso nós achamos bárbaro, nos orgulhamos desses profissionais nos vários Centros de Saúde, que trabalham com amor e dedicação, anônimos...

A forma de escolher o caso que acompanharíamos no curso contribuiu para que trabalhássemos nossas posturas e nossas habilidades. Escolhemos o caso com que tínhamos mais identificação e mais dificuldade, então fomos aprendendo a lidar com as nossas implicações. Além disso, nós discutimos vários casos diferentes, que envolviam a gestão, a subjetividade, o processo de trabalho, casos de obesidade, de tuberculose. Trocamos muitas experiências e aprendemos muito com esse intercâmbio, coisas que não imaginávamos que podiam ser feitas, idéias brilhantes surgiram aqui. Com isso desenvolvemos nossa criatividade nos casos e na gestão da clínica. Nós fomos desbravadores! E os professores também contribuíram para isso, eles são bons tecnicamente, são consistentes. E tem uma afetividade que faz com que a gente goste de vir para o curso. A gente se apoiou muito, nós gostamos dessa união, tivemos sorte de termos nos encontrado nesse grupo!

E o curso termina, mas a gente vai estar em contato, temos que criar esses encontros... É como se tivéssemos tido alta: agora precisamos nos encontrar para ler poesia, dançar, tocar violão. Mas a gente vai precisar desse espaço!