

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

2.º edição
1.º reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2008

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 2.ª edição – 1.ª reimpressão – 2008 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Espanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 954

70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3680 / 3315-3685

E-mail: humanizaus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizaus

Fotos:

Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no estande da HumanizaSUS.

Fotógrafo:

Cleber Ferreira da Silva

Texto:

Gustavo Cunha

Revisão técnica e colaboração na 2.ª edição:

Alba L. G. Figueroa

Diagramação e layout:

Cristina Maria Eitler (Kita)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1337-5

1. Sistema Único de Saúde. 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0529

Títulos para indexação:

Em inglês: Extended Clinic, Reference Team and Singular Therapeutic Project

Em espanhol: Clínica Ampliada, Equipo de Referencia y Proyecto Terapéutico Singular

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Cinthia Kikuchi

Revisão: Lilian Assunção, Vânia Lucas e Augusto

Corado (Estagiário)

APRESENTAÇÃO

A humanização da atenção e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável. Sabemos que, se por um lado, a falta de recursos compromete a qualidade, por outro, a existência deles pode não ser suficiente. Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, temos, também, o desafio de criar instrumentos para que a clínica e a gestão sejam pensadas juntas, inseparavelmente. Entendendo que não só médicos fazem a clínica mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica, apresentamos a proposta da CLÍNICA AMPLIADA.

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou, pior ainda, o leito número tal...). A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior

for a necessidade de participação e adesão do Sujeito no seu projeto terapêutico. Ou seja, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais vital para qualificar os serviços dialogar com os Sujeitos. O que é um desafio também em vários sistemas públicos de saúde no mundo (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON; ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS; NHS ALLIANCE, 2004, p. 8).

Mas, ajudar usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe. É na interação entre os diferentes Sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada. No entanto, isso não é fácil. Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo. Depende fortemente da gestão (participativa ou co-gestão).

Um estudo feito nas equipes de atenção básica na Inglaterra, para investigar quais fatores tinham mais impacto na qualidade da atenção, demonstrou que o “clima” de trabalho nas equipes afetava fortemente o resultado, (CAMPBELL, 2001). Isso é muito importante porque o clima na equipe depende da gestão e é alguma coisa que não se consegue sem que todos os membros sejam respeitados e valorizados. Além

disso, a humanização da atenção exige um diálogo qualificado não somente dentro das equipes, mas, também, entre equipes de serviços diferentes, principalmente na atenção às doenças crônicas (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON; ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS; NHS ALLIANCE, 2004, p. 7).

Como propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização e compartilhamento (em vez de encaminhamento de pacientes) entre os diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades), indo além da referência e contra-referência? Para responder esta questão e criar condições para o aumento da eficácia das práticas clínicas, apresentamos a discussão de CLÍNICA AMPLIADA e dois dispositivos de gestão da atenção: as EQUIPES INTERDISCIPLINARES (ou de REFERÊNCIA) e os PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS).

O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.



Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.



Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do Sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar! Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação dos diferentes dispositivos com que operamos. As “Cartilhas da PNH” têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Brasília, 2007.



CLÍNICA AMPLIADA

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos Sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

Cartilha da PNH
Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular





Mas isso pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: “cada caso é um caso”. E esta consideração pode mudar, ao menos em parte, a conduta dos profissionais de saúde. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

A seguir, veremos algumas situações concretas



Um serviço de hematologia percebeu que mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não resolveria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, só tinha acesso ao trabalho braçal, herança de uma história de discriminação racial e resultado da desigualdade social. O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Era necessário criar novas opções de trabalho para esses usuários do serviço, uma vez que, mesmo com acesso a tratamento, eles não poderiam executar trabalhos braçais. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com a

idéia de oferecer cursos para aos usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida. O serviço buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença.

O serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados, comprometendo assim a adesão ao tratamento e a eficácia.

Podemos dizer então que a clínica ampliada é:

- um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
- assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSECTORIALIDADE;
- RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo

mencionado anteriormente em que o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;

- assumir um compromisso ÉTICO profundo.

A situação mencionada demonstra as implicações éticas da clínica, pois, se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele poderia ser considerado cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no país.

Como se sabe, não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. Algumas dessas dominações podem passar despercebidas, como é o caso das relações de gênero, dada a prevalência em alguns contextos culturais. As doenças (como a LER/DORT) causadas pela superexploração, pelas condições de trabalho





inadequadas ou formas de gestão autoritárias também são outros exemplos. A clínica ampliada exige, portanto, dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas.

E por falar de dificuldades, não podemos esquecer que, às vezes, o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento (exemplos são as doenças que produzem discriminação social, e os “diagnósticos” que paralisam a ação de saúde, em vez de desencadeá-la). Cabe à clínica ampliada não assumir como normal estas situações, principalmente quando comprometem o tratamento.

Vejamos outros exemplos:

- 1) “Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um Big-Bang para mim” (Carnavalesco Joãozinho Trinta, em 1998, se referindo a um derrame cerebral).
- 2) O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado por que havia se tornado músico. Bem-humoradamente ele respondeu que foi porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? “Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar... como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano.”

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a PRODUÇÃO DE VIDA. Os exemplos de Joãozinho Trinta e de Tom Jobim mostram que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites. Algumas pessoas especiais fazem isso sozinhas. Elas “aproveitam” para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas que elas encontram no sofrimento e apesar dele uma nova possibilidade de vida. Outras

pessoas precisam de algum tipo de ajuda para fazer isto. Portanto, a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como “POLIQUEIXOSOS” (com muitas queixas), pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Algumas sugestões práticas

A ESCUTA – Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou

seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, mas sim, também, do sujeito doente. É mais fácil, assim, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo (dependendo do tipo de serviço de saúde), mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com estas “frestas de vida”.

VÍNCULO E AFETOS – Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabetes não vai sentir-se da mesma forma, ao cuidar de um sujeito com diabetes, que um profissional que não tem este vínculo afetivo.





É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. Nesse processo, a equipe de referência é muito importante, porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que, dentro da própria equipe estas transferências também acontecem.

MUITO AJUDA QUEM NÃO ATRAPALHA

– Infelizmente o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Ocorre, entretanto, com relativa frequência, o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem esses medicamentos, do que conversar

sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles têm riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios. A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento e para não iludir as pessoas.

EVITAR RECOMENDAÇÕES PASTORAIS¹ E CULPABILIZANTES. NEGOCIAR RESTRIÇÕES SEM RANCOR E LEVANDO EM CONTA INVESTIMENTOS DO DOENTE

– Quem nunca viu aquele usuário que se compraz em provocar a equipe contando que não tomou a medicação ou que burlou uma dieta? Como isso acontece? Acontece que muitas vezes a equipe, acreditando que uma determinada forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os usuários sobre o que fazer e evitar. Fala muito e escuta pouco. Então,

¹ BALINT (1988, capítulo “A Função Apostólica”) “Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os usuários deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os seus usuários”.

quando os usuários encontram dificuldades de seguir “as ordens” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento, gerando um neurótico círculo vicioso.

É muito importante tentar produzir co-responsabilidade e não culpa. A culpa anestesia, gera resistência e pode até humilhar. Muitas vezes, entra em funcionamento uma forma inconsciente da equipe de lidar com as limitações do tratamento transferindo o ônus de um possível fracasso para o usuário.

TRABALHAR COM OFERTAS E NÃO APENAS COM RESTRIÇÕES – As mudanças de hábitos podem ser encaradas como ofertas de experiências novas e não apenas como restrições. Atividade física pode ser uma prazerosa descoberta, pratos mais adequados podem ser bons, etc. Se admitirmos que o jeito normal de viver a vida é apenas mais um, e não o único, e que as descobertas podem ser interessantes, fica mais fácil construir conjuntamente propostas aceitáveis.

ESPECIFICAR OFERTAS PARA CADA SUJEITO – Se um usuário ama a atividade X ou a comida Y que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por ali. Ou então, tentar um “meio termo” possível (redução de da-

nos). Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.

EVITAR INICIAR CONSULTAS QUESTIONANDO AFERIÇÕES E COMPORTAMENTOS. VALORIZAR QUALIDADE DE VIDA

– Ao lidar com pessoas portadoras de doenças crônicas, pode ser muito eficiente não começar todos os encontros com perguntas sobre a doença (comeu, não comeu, tomou remédio ou não, etc.) ou infantilizantes (“comportou-se??”). Isso mostra ao usuário o que queremos: ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso às nossas propostas.

PERGUNTAR O QUE O USUÁRIO ENTENDEU DO QUE FOI DITO SOBRE SUA DOENÇA E MEDICAÇÃO

– A linguagem dos profissionais de saúde nem sempre é compreensível. Portanto, habituar-se a perguntar o que foi ouvido do que dissemos ajuda muito. Além disso, é importante





ouvir quais as causas da doença na opinião dos usuários. Em doenças crônicas é muito comum que a doença apareça após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisões na família. Ao ouvir as associações causais, a equipe pode saber em que situações similares o usuário pode piorar e o quanto o tratamento pode depender do desenvolvimento da capacidade do usuário de lidar com essas situações.

Algumas sugestões para tentar evitar hipocondria e hipermedicação

EVITAR ASSUSTAR O USUÁRIO – O medo nem sempre é um bom aliado. Provavelmente funciona menos do que se imagina. Afinal, supor que o medo de adoecer ou morrer vai funcionar sempre significa supor que as pessoas agem sempre de forma racional em direção aos seus interesses de sobrevivência. Evidentemente, não somos assim. Existem forças internas, como os desejos (por exemplo, por uma comida “especial”, ou

uma atividade importante); existem forças externas, como a cultura, definindo papéis sociais e hábitos de vida. Por tudo isso, talvez na maioria das vezes, assustar o usuário é uma ação pouco eficaz que pode tanto levar a pessoa a uma dependência do serviço, quanto à resistência ao tratamento. Isso não significa que não devam ser apresentados os possíveis riscos.





LEMBRAR QUE DOENÇA CRÔNICA NÃO PODE SER A ÚNICA PREOCUPAÇÃO DA VIDA. EQUILIBRAR COMBATE À DOENÇA COM PRODUÇÃO DE VIDA – “Medicalização da vida” é quando a doença torna-se preocupação central na vida do usuário. Isso é muito comum em doenças crônicas. A autonomia diminui e procurar médicos e fazer exames torna-se uma atividade central e quase única. Na verdade, as mesmas atitudes que podem produzir resistência ao tratamento podem facilitar a medicalização. Resistência ou dependência são duas faces da mesma moeda. A equipe deve saber adequar as propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do usuário (ou seja, o que gosta ou o que não gosta) para que a doença e o tratamento não se tornem o seu objeto de investimento central. Isso é equilibrar as preocupações e ações de combate à doença com as preocupações de produção de vida.

ATUAR NOS EVENTOS MÓRBIDOS COM O MÁXIMO DE APOIO E O MÍNIMO DE MEDICAÇÃO. PREFERIR FITOTERÁPICOS A DIAZEPÍNICOS

– Muitos usuários iniciam uma doença durante processos de luto ou situações difíceis, como desemprego, prisão de parente, etc. A repetição ou persistência dessas situações também pode agravar a doença. É importante que a equipe tente lidar com essas situações da forma competente e tentando evitar dependência dos ansiolíticos (diazepínicos, principalmente). A capacidade de escuta da equipe é uma grande ferramenta e é preciso saber que parte da cura depende do sujeito aprender a lidar com essas situações agressivas de uma forma menos danosa. A idéia de que toda dor ou estresse requer um ansiolítico é extremamente difundida, mas não pode seduzir a equipe de saúde, que deve apostar num conceito de saúde ampliado que inclui também a capacidade de lidar com os limites e revezes da vida da forma mais produtiva possível. O ansiolítico deve ser de preferência inicialmente fitoterápico, por não gerar dependência, e deve ser encarado como se fosse um pedido de tempo numa partida esportiva: permite uma respirada e uma reflexão para continuar o jogo. Mas o essencial é o jogo e não sua interrupção.

DIREITO À DIFERENÇA – Uma outra possibilidade, importante no caso de atenção à população étnica ou culturalmente diferenciada, como indígenas, negros ou ciganos é considerar a provável existência de recursos e de atores sociais que atuam com o terapeutas tradicionais, que compõem o universo sociocultural desses segmentos da população. A procura paralela e autônoma desses recursos deve ser considerada. O diálogo respeitoso sobre essa possibilidade configura condição indispensável tanto da aproximação à lógica das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença afeitas ao sujeito doente e à sua rede social, como de possíveis negociações terapêuticas no objetivo de atingir resultados que combinem maiores chances de eficácia biomédica com aceitabilidade cultural.

EQUIPE DE REFERÊNCIA (INTERDISCIPLINAR) E APOIO MATRICIAL

O trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Essa metáfora demonstra a grande interdependência do trabalho em saúde. É válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde. É por isso que a proposta de Equipe Interdisciplinar (de Referência) e Apoio Matricial objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo.





O conceito de equipe de referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e um certo número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (consultas por hora é um exemplo de gestão centrada nos meios). No entanto, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a divisão de poder gerencial. As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe. Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior

de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário. Primeiro, porque, do contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou em um profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que, além de ser adoecedor para estes trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar. Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: produz fragmentação desta equipe. Em outras palavras: nada pior para dois profissionais que estão na mesma equipe, trabalhando com o mesmo usuário, do que estarem obrigados a dialogar por meio de terceiros, ou seja, por intermédio dos seus coordenadores (“superiores”, como se costuma dizer). As diferenças e os conflitos, em vez de





serem preferencialmente resolvidas no grupo, são remetidas aos coordenadores, para que eles conversem e resolvam. Isto é, produz-se uma certa “infantilização” dos trabalhadores e induz-se mais a competição do que a cooperação e coletivização. A falta de equipe de referências pode induzir uma ilusão de auto-suficiência das corporações e um clima de disputa estéril no serviço. A proposta de equipe de referência pretende, ao menos, não alimentar estes conflitos corporativos, colocando o usuário no centro do processo gerencial e da atenção.

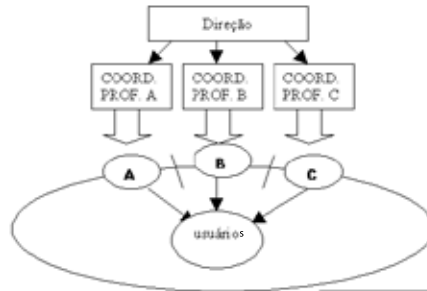
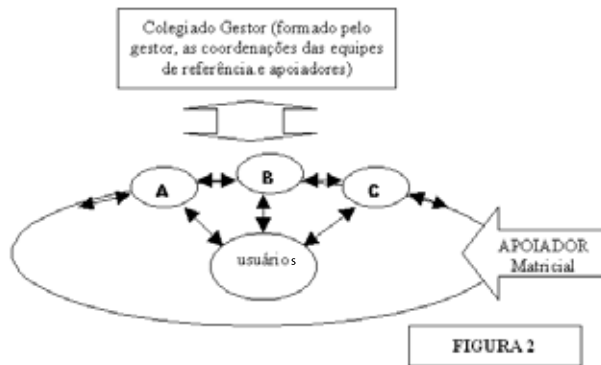


FIGURA 1



A **Figura 1** pode se encaixar em qualquer organograma típico, piramidal, que divide o trabalho em “caixinhas” separadas (setores, departamentos, programas...) e concentra o poder no alto. Podemos tomar o organograma como parâmetro didático da lógica de gestão. Não significa que toda mudança tenha necessariamente que começar pelo organograma. O que importa é a vida real da organização/ serviço e a construção de linhas de diálogo em todas as direções (não somente de cima para baixo), ou seja, o que importa é construir viabilidade para a chamada “transversalidade”, que muitas vezes pode fazer um organograma “real” mais adequado.

Potencialmente os organogramas podem induzir tanto o trabalho cooperativo quanto competitivo (MORGAN, 1996). Porém, o organograma tradicional induz predominantemente à competição porque propõe uma pirâmide em que no alto concentra-se muito poder de decisão. É chamado organograma VERTICAL. O organograma também é potencialmente cooperativo porque propõe uma certa divisão de trabalho que, teoricamente, no somatório do trabalho de todas as “caixinhas”, resultaria na missão da organização. Mas, no caso das organizações de saúde, quando o usuário vai transitando entre as caixinhas quase como numa “linha de montagem” (com os tais “encaminhamentos” no sistema, e com as “interconsultas” nos hospitais), isso não funciona muito bem. Ao final da linha o usuário fica sem alguém que seja responsável por ele como um “todo”, como se costuma dizer. Cada profissional faz a sua “parte” e não há quem “junte as partes”. Alguns autores chamam esta responsabilização que “junta tudo” de coordenação (STARFIELD, 2002). Mas, como o saber popular analisa, “o que é de todo mundo, não é de ninguém”. E nesta lógica, ocorre com maior facilidade o que se chama de “desresponsabilização”, além da sobreposição de atividades (de exames, por exemplo), das iatrogenias (desde que não há quem se responsabilize por pensar qual será o resultado da soma de todas as propostas de intervenção) e uma maior probabilidade de haver abandono de tratamento sem que os serviços

sequer percebam. O usuário muitas vezes fica com uma sensação de desamparo (uma vez que “pula” entre serviços e profissionais), enquanto o trabalhador se distancia da possibilidade de ver o resultado final do seu trabalho para o usuário, identificando-se preponderantemente com partes do processo (reforçando a chamada redução do objeto de trabalho).

Num serviço hospitalar pode-se definir a equipe de referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. Por exemplo, um certo número de leitos em uma enfermaria a cargo de uma equipe. Esta mesma equipe pode ter profissionais que trabalhem como apoiadores, quando fazem uma “interconsulta” ou um procedimento em usuários que estão sob a responsabilidade de outra equipe. A diferença do apoio e da interconsulta tradicional é que o apoiador faz mais do que a interconsulta, ele deve negociar sua proposta com a equipe responsável. Ou seja, é da responsabilidade da equipe de referência entender as





propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir. Nessa proposta não é possível transferir a responsabilidade dos pedaços do usuário por especialidades.

Outros tipos de apoio também podem existir. A coordenação por categorias profissionais (clínica, de enfermagem, de fisioterapia, etc.), por programas e temas (como o Controle de Infecções Hospitalares) também pode funcionar como apoiadores. Em vez de apenas prescrever determinações, estes apoiadores deverão reconhecer a legitimidade da equipe e negociar as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passam a fazer o chamado apoio à gestão para as equipes de referência, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

As unidades de urgência e emergência também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação. Estas

equipes deverão encontrar formas de lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e tentando construir projetos terapêuticos. Durante o dia é recomendável dispor de profissionais com contratos de diaristas para poder acompanhar os freqüentadores assíduos e os internados de forma mais eficaz e de fato constituir uma equipe multiprofissional. No entanto, mesmo quando há esta inserção horizontal de profissionais no serviço é necessário trocar plantões. Estes momentos podem ser valorizados para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares. As equipes de referência nas unidades de urgência deverão se responsabilizar pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas do hospital. Enquanto uma equipe de uma unidade de especialidade não acolhe um paciente ou não faz determinado procedimento, o paciente deve ser considerado como





de responsabilidade da equipe de referência da urgência, para evitar que o paciente fique abandonado. Há também os contratos com as unidades externas do hospital: as equipes de atenção básica ou de um serviço de especialidade precisam saber – não somente por meio do usuário – que um paciente sob sua responsabilidade está usando assiduamente uma unidade de urgência, ou apresentou uma complicação de um problema crônico. É preciso criar novas formas de comunicação na rede assistencial a partir do apoio matrial

Em relação à REDE ASSISTENCIAL, como funciona o princípio da equipe de referência? Da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter “dois usuários”: os seus usuários propriamente ditos e as equipes de referência da atenção básica com a qual estes usuários serão compartilhados¹.

¹ A Atenção Básica não encaminha usuários, ela “compartilha” com outros serviços, uma vez que permanece responsável pela sua população adscrita.

Um grande centro de especialidade pode ter várias equipes de referência locais. O “contrato de gestão” com o gestor local pode não ser mais apenas sobre o número de procedimentos, mas também sobre os resultados. Um centro de referência em oncologia, por exemplo, vai ter muitos usuários crônicos ou sob tratamento longo. Os seus resultados (a serem pactuados e avaliados em contratos de gestão com o gestor da rede local) podem depender da equipe local de Saúde da Família, como por exemplo da capacidade desta, de lidar com a rede social necessária a um bom pós-operatório, ou do atendimento adequado de pequenas intercorrências. A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local, para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o Projeto Terapêutico de usuários compartilhados que estão em situação mais grave.

Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num centro de referência. A equipe na Atenção Básica tem mais chance de conhecer a família a longo tempo, conhecer a situação afetiva, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidade terá uma visão mais focalizada na doença. Um especialista em cardiologia pode tanto discutir projetos terapêuticos de usuários crônicos compartilhados com as equipes locais, como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando

assim compartilhamentos desnecessários. Tudo isso porque, do ponto de vista gerencial, mudou o contrato de gestão. Estendeu-se a responsabilidade da equipe especialista, para além da realização de procedimentos ou consultas. Um centro de especialidade que consiga aumentar a capacidade de prevenção e intervenção das equipes locais adscritas pode diminuir a sua demanda e aumentar sua eficácia. A velha ficha de referência e contra-referência continua existindo, mas incorporam-se outros recursos para incrementar o diálogo entre os diferentes serviços. Um destes recursos, veremos adiante, é o Projeto Terapêutico Singular.

A proposta de Núcleo de Saúde Integral pode ser entendida como uma proposta de apoio matricial. Se o contrato do profissional de nutrição, por exemplo, não for de apoio matricial, sua ação em consultas individuais será segmentada e ele não dará conta da demanda. Por outro lado se ele aprender a fazer o apoio, poderá compartilhar os seus saberes para que as equipes na Atenção Básica sob sua responsabilidade sejam capazes de resolver os problemas mais comuns e poderá participar das reuniões com as equipes para fazer projetos terapêuticos singulares nos casos mais complicados. A atenção individual pode ocorrer, mas não deve se configurar na principal atividade do nutricionista. Evidentemente, para que isso aconteça o profissional que faz apoio deve adquirir novas competências e o contrato com o

gestor deve ser muito claro.

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico. Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso. O desafio, portanto, é o da mudança de uma cultura organizacional no SUS, ou melhor, a mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.).

○ PTS contém quatro momentos:

- 1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

É realmente muito simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

- a) a escolha dos casos para reuniões de PTS: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe). Não parece necessário nem possível que o grande esforço de fazer um PTS seja dirigido a todos os usuários de uma equipe, exceto em hospitais e, eventualmente, centros de especialidade;
- b) as reuniões para discussão de PTS: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do PTS é o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um projeto terapêutico singular frente à equipe. Uma estratégia que algumas equipes utilizam é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

- c) o tempo de um PTS: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTSs com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em profissionais e usuários. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.
- d) PTS e Mudança: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário, como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter

um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave. Se esta participação do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados. Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja, de usuários em que existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS nesses casos pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adoecimento de trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe (ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer).

Diante dessa tendência, é importante no PTS uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. A herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), experimentando a proposta de que o Sujeito é construção permanente e que pode produzir “margens de manobra”, deve ser incorporada na Clínica Ampliada e no PTS. À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas cuidadosamente pela equipe para evitar atropelamentos. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando





quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.

Uma anamnese para a Clínica Ampliada e o PTS

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da Clínica Tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com os Sujeitos acometidos por uma doença de forma diferente da tradicional.

Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião de PTS pode não acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as idéias e as palavras do usuário. Exceto que ocorra alguma urgência

ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas e muito menos duvidar dos fatos que a(s) teoria(s) não explica(m) (“só dói quando chove, por exemplo”). Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, esta anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do Sujeito e os limites das classificações diagnósticas. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do Sujeito no projeto de sua cura: autonomia.

A partir da anamnese ampliada o tema da intervenção ganha destaque. Quando a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma atitude “apostólica” (BALINT, 1988). Propomos que não predomine nem a postura radicalmente “neutra”, que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem aquela típica na prática biomédica, que pressupõe que o Sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas.

Outra função terapêutica da história clínica acontece quando o usuário é estimulado a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de um usuário que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento: com medo? Conformado? Agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isso é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento e não é incomum a produção de uma certa “esquizofrenia”, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde como se elas estivessem levando o carro ao mecânico: a doença (e o corpo) fica dissociada da vida. Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do Sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento.

○ que chamamos de história “psi” em parte está misturado com o que chamamos de história clínica, mas aproveitamos recursos do campo da saúde mental para destacar aspectos que nos parecem essenciais.

- Procurar descobrir o sentido da doença para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial. Exemplo: por que você acha que adoeceu? É impressionante perceber as portas que essa pergunta abre na Clínica: ela ajuda a entender quais redes de causalidades o Sujeito atribui ao seu adoecimento. Em doenças crônicas como o diabete, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento mórbido, como um falecimento de familiar ou uma briga, as pioras no controle glicêmico estarão muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do Sujeito acometido pela diabete). Ao fazer esta pergunta, muitas vezes damos





um passo no sentido de ajudar o Sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.

- Procurar conhecer as singularidades do Sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do Sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre, é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.
- Procurar perceber a chamada contratransferência, ou seja, os sentimentos que o profissional

desenvolve pelo usuário durante os encontros; procurar descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica. Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois Sujeitos. O profissional está imerso nestas forças. Perceber a raiva, os incômodos, os rótulos utilizados (bêbado, poliqueixoso, etc.), ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também analisar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do usuário. O profissional pode desejar que o Sujeito use preservativos e não se arrisque com DST ou uma gravidez indesejada. O Sujeito pode estar apaixonado. O profissional quer controlar a glicemia, o Sujeito quer ser feliz. Enfim é preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário para produzir algum caminho comum.

- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, ou não. Só não podem ser ignorados.
- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro

lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.

- Fazer a história de vida é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Como demanda mais tempo, deve ser usado com mais critério. Muitas vezes requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera.

Por último, em relação à inserção social do Sujeito, acreditamos que as informações mais importantes já foram ao menos aventadas no decorrer das questões anteriores, visto que o usuário falou da sua vida. No entanto, nunca é demais lembrar que as questões relativas às condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda, etc.) ou da inserção do Sujeito em instituições poderosas, como religião, tráfico, trabalho, freqüentemente estão entre os determinantes principais dos problemas de saúde e sempre serão fundamentais para o Projeto Terapêutico.

A partir de todo este processo, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto

seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (coordenação). Geralmente esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo.

A Reunião de Equipe

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão (CAMPOS, 2000) tem uma visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário é importante lembrar que:

Reunião de EQUIPE NÃO É um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são





muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

PTS e Gestão

As discussões para construção e acompanhamento do PTS são uma excelente oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. Haverá uma alternância de relevâncias entre os diferentes trabalhos, de forma que em cada momento alguns membros da equipe estarão mais protagonistas e criativos do que outros (já que as necessidades de cada usuário variam no tempo). No decorrer do tempo vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe. A percepção e o reconhecimento na equipe desta variação de importância é uma forma importante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um.

O espaço do PTS também é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe (fazer um cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros). Dessa forma é um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento desses mesmos recursos (“por que funcionou ou não esta ou aquela proposta?”).

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas. Na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades (e esta é uma paradoxal condição de aprendizado e superação), ela pode pedir ajuda. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, este é potencialmente um excelente espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar. Este encontro é tanto mais fecundo quanto mais houver um contrato na rede assistencial de que haja equipes de referência e apoio matricial.

Para as reuniões funcionarem é preciso construir um clima favorável ao diálogo, em que todos aprendam a falar e ouvir, inclusive críticas. O reconhecimento de limites, como dissemos, é fundamental para invenção de possibilidades. Mas é preciso mais do que isso, é preciso que haja um clima de liberdade de se pensar “o novo”. O peso da hierarquia, que tem respaldo não somente na organização, mas também nas valorizações sociais entre as diferentes corporações, pode impedir um diálogo real em que pensamentos e sentimentos possam ser livremente expressados.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

CAMPBELL, S. M. et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*, [S.l.], v. 323, p. 784, Oct. 2001. Disponível em: <<http://bmj.bmjournals.com/search.dtl>>. Acesso em: 6 jun. 2006.

CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 14, n.4, p.863-870, Oct./Dec. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2006.

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

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

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOURA, A. H. **A psicologia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Clínica e biopolítica no contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 71-79, 2001.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON; ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS; NHS ALLIANCE. ***Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS:*** the need for coordinated management programmes. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. London: RCP, 2004. Disponível em: <<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/chronicdisease/ChronicDiseaseManagement.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2006.

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

