



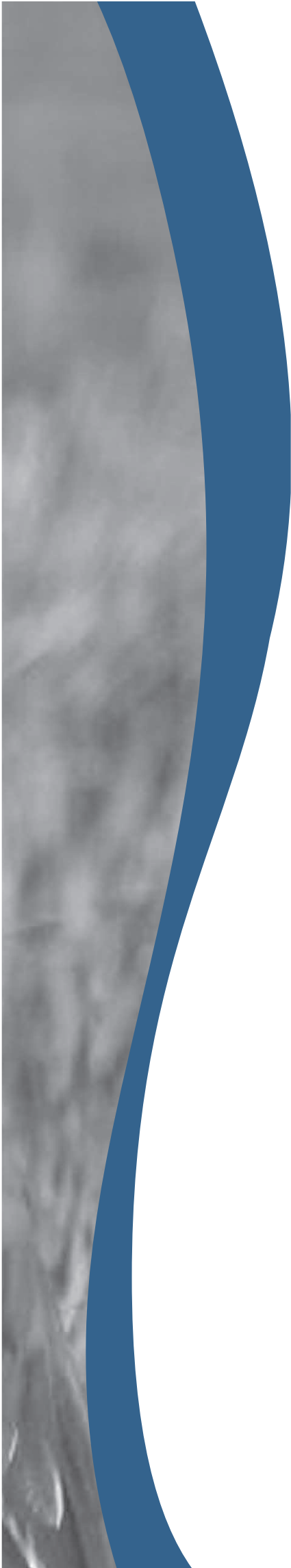
Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família

A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

Módulo Optativo 10

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Jacinta de Fátima P. Machado
Mara Lisiane Moraes Santos



A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Jacinta de Fátima P. Machado
Mara Lisiane Moraes Santos



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Mozart Sales

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira
Marcia Sakai
Raphael Augusto Teixeira Aguiar

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculelessandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

AUTORES

ADERALDO LUIZ KRAUSE CHAVES
adechaves@hotmail.com

ADRIANA SAMPAIO REINHEIMER
fisioterapia_adriana@hotmail.com

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO
ddupas@uol.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

GUSTAVO TENÓRIO CUNHA
gustavotc9000@gmail.com

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA
macampos@usp.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 10 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde. Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessam diretamente.

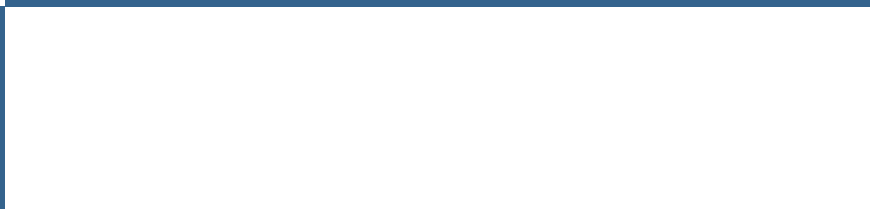
Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.



Módulo Optativo 10 A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde

Apresentação Módulos Optativos	15
Apresentação	22
Seção 1 - O Conceito Ampliado de Saúde e a Transição nas Tecnologias de Ensino-Serviço no SUS: Por que precisamos da Clínica Ampliada?	24
Seção 2 - Um Método de Apoio e Qualificação da Clínica e da Gestão na Atenção Primária: Grupos Balint - Paideia	49
Seção 3 - A Clínica Ampliada na Formação como Ação Disparadora de Mudanças	70
Seção 4 - Relato de Experiência sobre o NASF Aquidauana - MS	126
Referências	148
Anexos	157

MÓDULOS OPTATIVOS



MÓDULO OPTATIVO 10

A CLÍNICA AMPLIADA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

AUTORES

Adriana Sampaio Reinheimer
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Gustavo Tenório Cunha
Jacinta de Fátima P. Machado
Leika Aparecida Ishiyama
Maria Amélia de Campos Oliveira
Vera Lúcia kodjaoglanian

Sobre os Autores:

Adriana Sampaio Reinheimer

Fisioterapeuta graduada pela UCDB/ Campo Grande/MS - Coordenadora Municipal de Fisioterapia de Aquidauna-MS. Coordenadora do Núcleo de Apoio de Saúde da Família

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Fisioterapeuta, com Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) - área de concentração Saúde Coletiva, Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem- EE-EERP/USP. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FASM/Ministério da Saúde) e Assessora Técnica do NASF na APS Santa Marcelina - SP.

Gustavo Tenório Cunha

Graduação em Medicina (1996), Mestrado (2004) e Doutorado (2009) em Saúde Coletiva, ambos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atualmente é pesquisador contratado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP, desenvolvendo atividades relacionadas à pesquisa, docência e extensão. Possui experiência na área de Saúde Coletiva e apoio à gestão, com ênfase em Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Clínica Ampliada, Grupos Balint-Paidéia, Estratégia Saúde da Família; Gestão da Clínica; Humanização do SUS.

Jacinta de Fátima P. Machado

Cirurgiã Dentista, especialista em Odontopediatria, Ortopedia Funcional dos Maxilares e Ortodontia. Especialização Técnica em Formação Docente para Profissionais da Saúde. Aperfeiçoamentos: Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde; Apoiadores da Política de Humanização do SUS; Formação em Tutoria de Ensino a Distância. Situação de trabalho atual : Apoiadora Institucional/Gerência Técnica de Educação Permanente na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Apoiadora Intersetorial da Política de Educação Permanente: Representante da Comissão Intergestores Regional-macrorregião de Campo Grande na CIES. Orientadora de Aprendizagem no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família- FIOCRUZ- Unidade Mato Grosso do Sul; Tutora EAD no curso de Formação de Tutores para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Leika Aparecida Ishiyama

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ Unidade Mato Grosso do Sul/UFMS. Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

Maria Amélia de Campos Oliveira

Enfermeira, com habilitação em Enfermagem Obstétrica, Mestrado em Administração de Serviços de Saúde e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

Vera Lúcia kodjaoglanian

Possui graduação em Psicologia - Fac Unidas Católicas de Mato Grosso (1983) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1997). Possui especialização em ativação de processos de mudança na graduação em saúde no país e em metodologias de pesquisa em saúde mental. É sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul desde 1984. Foi Diretora de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Foi Secretária Adjunta de Saúde e Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Implantou e coordenou o curso de graduação em psicologia, com currículo integrado e metodologias ativas de aprendizagem na UNIDERP. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Relações Interpessoais, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, currículo integrado, processo de ensino aprendizagem, metodologias ativas pedagógicas prioritariamente em Problem Based Learning (PBL). Há dois anos está cedida para a Unidade Fiocruz Mato Grosso do Sul, onde é membro do colegiado gestor do curso de pós-graduação em atenção básica em saúde da família, na modalidade a distância, para 1000 trabalhadores do SUS em Mato Grosso do Sul.

Prezado Especializando,

A elaboração deste caderno foi uma necessidade sentida durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família em função do momento de transição tecnológica na saúde.

No marco teórico-político da Política Nacional de Humanização, o debate vem tensionando os campos da Atenção-Gestão nos territórios do SUS, incluindo um apelo à inserção de novas tecnologias nos processos de trabalho que possam garantir a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS e da Atenção Primária à Saúde.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família disparou mecanismos de articulação ensino-serviço, por onde desvendou a necessidade de um novo olhar sobre a clínica na Atenção ao Sujeito, trazendo à luz da reflexão seu fazer cotidiano e assim propor novas práticas: a Clínica Ampliada, que possa articular os eixos da Formação-Atenção-Gestão, em substituição à clínica individual, à clínica degradada.

Neste caderno serão desenvolvidos os seguintes temas que poderão auxiliar os trabalhadores do SUS na atenção ao sujeito e sua família:

- Introdução e desenvolvimento do conceito de Clínica Ampliada enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização;
- Desenvolvimento do Conceito Ampliado de Saúde na Atenção-Gestão-Formação;
- A Equipe Ampliada de Saúde no SUS e possibilidades de composição tecnológica da ação multiprofissional;
- A Clínica Ampliada na Formação como ação disparadora de mudanças nas práticas de Atenção-Gestão no contexto do SUS; Caso Analisado-Relatos de Experiência.

Ao final deste caderno, esperam-se atingir os seguintes objetivos:

Desenvolver o conceito teórico da Clínica Ampliada a partir da Política Nacional de Humanização no contexto do SUS;

Desenvolver uma análise da composição técnica do trabalho e suas relações na produção do cuidado no SUS e do regime de afetabilidades;

Potencializar estratégias de Formação em Saúde e Trabalho enquanto dispositivos de transição tecnológica e paradigmática nos eixos Trabalho-Saúde-Educação;

Ofertar dispositivos de conhecimento para composição de Apoio Matricial - Equipe de Referência - Projeto Terapêutico Singular, ampliando as possibilidades de composição da prática clínica, de modo a fortalecer o trabalho multiprofissional-multidisciplinar;

Ampliar o debate que permeia o campo da atenção-gestão do SUS para os setores de formação.

Na composição deste caderno, a parte 1 desenvolve o conceito teórico de Clínica Ampliada, fazendo um resgate histórico-crítico do conceito ampliado de saúde e do processo saúde-doença, identificando os nós críticos e o desafio da integralidade na atenção-gestão das ações de saúde.

A parte 2 se aprofunda no processo de trabalho de modo que permita uma análise sobre as práticas e a composição técnica do trabalho em saúde (razão entre trabalho morto e trabalho vivo) e o regime de afetabilidades.

A parte 3 inclui no debate os setores de Formação para a Estratégia de Saúde da Família e a educação permanente, com o advento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como agentes disparadores de mudança, de modo a potencializar os efeitos de transição tecnológica e paradigmática nos eixos Trabalho-Saúde-Educação.

A parte 4 propõe uma contextualização relatos de experiência e situações-problema que possam ilustrar o processo de desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado de Mato Grosso do Sul.

Seção 1 - O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A TRANSIÇÃO NAS TECNOLOGIAS DE ENSINO-SERVIÇO NO SUS: POR QUE PRECISAMOS DA CLÍNICA AMPLIADA?

“colar sobre um objeto a etiqueta de um conceito é marcar em termos precisos o gênero de ação ou de atitude que o objeto nos deverá sugerir”

HENRI BERGSON (2005b p 38)

A Distância Adequada

A palavra “clínica” remete-nos à ideia de inclinar-se sobre o leito do doente. Ou seja, encontrar uma “distância adequada” para o cuidado profissional. A clínica se diferencia das práticas sociais de cuidado (por exemplo, cuidados familiares) por esse distanciamento específico do profissional de saúde. Quando o profissional “não se inclina” e exercita uma prática excessivamente distante, uma “técnica” (eventualmente com alguma efetividade), mas que desconhece (pela distância excessiva) as singularidades de cada pessoa e de cada relação clínica, temos uma prática reduzida, inadequadamente padronizada. Porém, quando nos referimos a uma prática clínica ampliada, não estamos convidando os profissionais de saúde a exercerem uma prática de cuidado semelhante às práticas de cuidados familiares. Isto seria tecnicamente equivocado e afetivamente temerário. Estamos nos referindo a uma prática de cuidado especial, por isso mesmo chamada de clínica. Com o desenvolvimento do conhecimento humano sobre o processo saúde-doença, alguns aspectos da prática clínica ganharam uma importância demasiada, de modo a interferir na eficácia e na qualidade desta prática. Por exemplo, um aspecto que se hipertrofiou foi a importância do diagnóstico em relação à terapêutica. Parece evidente que a terapêutica é tão importante quanto o diagnóstico, ainda mais se considerarmos o número de doenças crônicas e incuráveis. Diagnóstico e Terapêutica são

instrumentos de trabalho do profissional de saúde na atenção aos usuários, na defesa da vida e no suporte para as situações de morte e dor. Esta confusão entre instrumento de trabalho (diagnóstico e terapêutica) e objeto de trabalho (pessoas e comunidades) está na raiz das dificuldades da clínica na atualidade.

1.1 Por que precisamos da Clínica Ampliada?

São muitos os desafios para qualificar a atenção à saúde. Por um lado são necessárias condições materiais adequadas a cada equipamento de saúde, de acordo com os seus objetivos na rede assistencial. Porém, por outro lado, são necessários profissionais com práticas clínicas adequadas e cooperativas. Em relação às práticas clínicas, um dos maiores problemas é a fragmentação da atenção e redução inadequada do objeto de trabalho. O grande número de profissionais de saúde e a subespecialização dentro de cada profissão aumentam a fragmentação do trabalho. O que significa dizer que facilitam a redução da responsabilidade clínica de cada profissional a um determinado aspecto, uma dimensão do adoecimento ou de uma patologia. Não se trata de questionar a importância da especialização dentro das profissões com o respectivo acúmulo progressivo de conhecimento. Como regra geral, quando uma dimensão do adoecimento é momentaneamente mais importante que outras, a clínica deve focalizar sua atenção, pelo menos enquanto durar a preponderância desse aspecto do adoecimento. Em geral, quanto maior a autonomia do sujeito, maior a necessidade de reconhecer outras dimensões dele e fazer novas escolhas. Fazer escolhas singulares e de forma compartilhada (com o paciente¹ e com outros profissionais)

1 A palavra paciente remete a uma indesejável passividade da pessoa que está sob cuidados terapêuticos. Porém a palavra usuário também traz dificuldades por ser muito inespecífica, sendo utilizada tanto para designar pessoas acometidas de alguma adicção quanto para pessoas que

é o grande desafio da prática clínica. Quando os profissionais reduzem sistematicamente a conversa com os pacientes aos temas nucleares da sua profissão, correm grande risco de fazer uma redução inadequada da sua prática clínica. Ampliar a clínica significa ser capaz de reconhecer o que é necessário para cada pessoa e para cada coletivo em cada momento, de modo a ampliar as possibilidades de vida e de autonomia. As prioridades e a melhor forma de viver a vida (e lidar com riscos, dores e restrições) são muito variadas, ainda que influenciadas por contextos culturais, econômicos e as diversas relações de poder comuns. Apesar disso, é muito frequente que os profissionais considerem que as dimensões não biológicas do processo saúde-doença não lhe dizem respeito. Tomam as pessoas pelas doenças e acabam tomando-as como um “empecilho” ao seu “trabalho” (cuidar da “doença”). As consequências das práticas clínicas reduzidas são concretas: ineficácia clínica (não “adesão”), conflitos desnecessários entre trabalhador de saúde x pacientes, insatisfação dos trabalhadores, iatrogenias (ou danos desnecessários à população), estigmatização-culpabilização dos pacientes mais complexos, dificuldade de trabalhar em equipe de forma sinérgica (conflitos entre os profissionais) entre outras.

1.2 Principais causas das práticas clínicas reduzidas

A complexidade

São muitas as causas de práticas clínicas inadequadamente reduzidas. Uma das mais importantes e abrangentes é o fato de que lidar com outras variáveis além daquelas circunscritas por um diagnóstico, aumenta a complexidade do trabalho. Por

utilizam diversos tipos de serviços. Optei, neste texto, por utilizar a palavra “paciente” reconhecendo sua limitação para designar a pessoa sob cuidados terapêuticos, porém valorizando o uso corrente nos serviços de saúde.

outro lado, uma abordagem excessivamente simplificadora diminui a eficácia e produz danos. Ao reconhecer, por exemplo, que a abordagem de uma pessoa com epilepsia implica ajudá-la a lidar com o preconceito contra a doença, ajudá-la a lidar com sua família, com seu espaço de trabalho, com projetos e com a comunidade, lida-se com um número maior de variáveis. Obviamente esta dimensão do problema obriga a equipe de saúde a trabalhar de forma cooperativa com outros atores sociais. O preconceito, por exemplo, contra portadores de patologias, é uma questão também coletiva. O que significa dizer política. Decisões coletivas (ainda que técnicas ou medicamentosas) são decisões da polis. Muitos profissionais aproveitam o fato de que a formação universitária muitas vezes não os preparou para lidarem com a complexidade e negam que apoiar indivíduos e comunidades, para enfrentar os obstáculos aos projetos terapêuticos, seja sua função profissional também. Outros se sentem muito incomodados com o fato de que problemas de ordem subjetiva e social não possam quase nunca ser resolvidos de forma unilateral ou absoluta. Ou seja, a relação de poder dos profissionais de saúde com indivíduos e comunidades afetadas, quando se pensa na prática da clínica ampliada, tem que ser mais horizontal, mais cooperativa e menos impositiva. É possível aventar a hipótese de que este desejo de soluções simples e poderosas para os problemas decorra do fato de que existem situações em que as terapêuticas funcionam desse modo mais unilateral. A vacina Sabin para poliomielite é um exemplo de tecnologia que praticamente dispensa a abordagem de outras variáveis. É justo e necessário para o desenvolvimento do nosso conhecimento desejar e buscar ampliar soluções mais simples e poderosas, quem sabe preventivas para os problemas de saúde. Porém negar-se a lidar com a realidade em função desse desejo compromete seriamente a qualidade da prática clínica e aumenta o sofrimento de todos.

Subjetividade na Prática Clínica

Uma dificuldade para a prática da clínica ampliada é lidar com a subjetividade na relação clínica. A focalização da atenção contribui em alguma medida para que o profissional evite enfrentar o sofrimento do “outro” e o fluxo de afetos que inevitavelmente é disparado na relação clínica. É muito importante o conceito de transferência² desenvolvido pela psicanálise para designar as projeções afetivas, muitas vezes inconscientes, que as relações humanas podem produzir. Segundo este conceito, queiramos ou não, percebamos ou não, nossa história e/ou nosso modo de lidar com a vida podem produzir em nós, ao nos depararmos com determinada pessoa e situação, alguma projeção afetiva mais intensa. Obviamente, quando estas projeções são positivas bilateralmente a relação clínica é facilitada e esse aspecto pode passar despercebido. Porém, quando a transferência (por parte do profissional ou por parte do paciente) é negativa, aparecem dificuldades. Não se trata, como muitas vezes implicitamente parece supor a prática clínica dominante, de evitar transferências afetivas. Isso seria impossível. Trata-se de aprender a lidar com elas. Um exemplo prosaico: se um profissional viveu um problema de saúde (pessoalmente ou na sua família) pode, ao atender uma pessoa com o mesmo diagnóstico, projetar sobre esta pessoa aspectos da sua experiência. É necessário que o profissional perceba esse fluxo de afetos para utilizá-lo da melhor forma e na medida do possível. O trabalho em equipe pode contribuir muito para a percepção das transferências, na medida em que, ao se discutir o caso, as diferentes relações de cada profissional com o mesmo paciente possam ajudar a evidenciar as projeções de cada profissional. Não se trata de utilizar as reuniões clínicas para focalizar as transferências de cada um, até porque nem

2 Um livro bastante útil e sucinto sobre o tema da transferência na psicanálise chama-se “Cinco Lições sobre a Transferência” de Gregório Barenblit, Editora Hucitec, 1996.

sempre este é um espaço adequado (embora em alguma medida isto esteja sempre acontecendo nas relações humanas). Trata-se de mapear as conversas com determinada família ou paciente que fluem melhor, através de quem cuja fala flui mais informações. Mesmo que não se converse sobre as diferenças entre os vários profissionais e o mesmo paciente, ao se explicitar que essas diferenças existem, automaticamente isto possibilita um aprendizado de cada um sobre os motivos que o levaram a construir uma relação clínica desta ou daquela forma, além do aprendizado mais completo sobre a situação clínica.

É importante dizer que o conceito de transferência coloca em dúvida a possibilidade de percepções puramente objetivas nas relações humanas. A percepção estaria sempre mediada por estes filtros, muitos deles pouco conscientes ou inconscientes. Essa hipótese pode ser perturbadora para muitas pessoas, no entanto ela também estimula uma postura crítica, prudente e investigadora.

Por outro lado, as transferências não se remetem somente à história pessoal de profissionais e pacientes, mas também (e talvez principalmente) às histórias e percepções coletivas. A fundação Perseu Abramo publicou recentemente uma pesquisa³ em que constata que **“uma em cada quatro mulheres (25%) relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas”**. Um evento de tal magnitude, embora seja permeado em cada relação clínica por uma raiva quase protocolar dos profissionais para com as mulheres em trabalho de parto, não pode ter uma explicação somente singular. É inevitável admitir que um evento de tais proporções esteja relacionado a um contexto de relações

3 Disponível no site <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>. “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).

sociais e culturais comuns, que induzem a uma situação de violência generalizada contra as mulheres na hora do parto. Ou seja, os afetos na relação clínica também são produzidos institucionalmente, socialmente e culturalmente, refletindo os conflitos sociais e percepções coletivas. Outro exemplo de como o contexto produz afetos conscientes e inconscientes na relação clínica pode ser verificado quando um profissional com determinada opção religiosa se depara com um paciente com opção religiosa diferente, ou com algum tipo de prática considerada proibida na concepção do profissional. A tendência é que predomine uma transferência negativa por parte do profissional, muitas vezes inconscientemente. O desafio é mais dramático quando toda a equipe compartilha de crenças e opções diferentes da população assistida. Por exemplo, no atendimento de populações minoritárias (indígenas⁴, ciganos, quilombola ou de qualquer grupo marcadamente minoritário). É um fato bastante comum que as relações de dominação entre classes ou entre povos estejam acompanhadas (ou até precedidas) por uma produção cultural que culpabiliza e estigmatiza a população dominada. Durante a escravidão, várias justificativas eram utilizadas pela classe dominante para justificar a infâmia cometida e culpabilizar a população negra. Parte dessa lógica se perpetua no preconceito que permanece até hoje em nosso país⁵. É ao mesmo tempo uma forma tanto de justificar a situação de dominação (pois ao culpabilizar

4 É comum em muitas regiões do país que a população “branca” frequentemente acuse povos indígenas de “ladrões”. É curioso porque historicamente é inegável que não foram os povos indígenas que invadiram, exterminaram e finalmente roubaram a terra dos povos indígenas. Ou seja, um exemplo quase grosseiro de inversão dos fatos e culpabilização das vítimas.

5 O boletim número 31 (dezembro de 2003) do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo aborda “Raça, Etnia e Saúde”, demonstrando as desigualdades que permanecem e repercutem em piores indicadores de saúde e mortalidade. Disponível para download em http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=11

a vítima, exime-se o grupo dominante de se haver com seus atos), como de perpetuá-la, ao fazer com que os próprios dominados acreditem na responsabilidade pela situação. As instituições podem reproduzir estas relações macrosociais ao permitir que esses afetos se reproduzam livremente dentro dos serviços de saúde. Um profissional que, por exemplo, acredite na falácia das condições iguais de “competição no mercado” pode, sem dar-se conta, culpabilizar uma família pela situação de miséria em que ela se encontra, a despeito do fato de que o nível de emprego em um país e a distribuição de renda dependem predominantemente das políticas econômicas, que podem produzir concentração ou distribuição da riqueza. Ou seja, essas crenças operam nas instituições, tanto perpetuando uma ignorância sobre as causas da pobreza, quanto humilhando as pessoas que se encontram mais vulneráveis. Coisas muito concretas, como o tempo de consulta e a disponibilidade para escuta por parte do profissional, são afetadas por esses afetos e crenças produzidos socialmente. O resultado é que muitas vezes se cuida mais e se investe mais em quem tem menos risco e menos necessidades. Os conflitos sociais, portanto, atualizam-se nas relações clínicas produzindo dificuldades na constituição de vínculo terapêutico positivo, na aposta da equipe para enfrentar situações difíceis e graves, principalmente de pessoas em situação de exclusão/dominação. Quando esse tipo de afeto predomina em uma equipe em relação a determinado grupo populacional, muitas vezes é necessário que uma pessoa de fora, exercendo um papel de “apoio”, possa ajudar o grupo a perceber esse padrão de subjetividade. O apoiador pode viabilizar para dentro da equipe outros pontos de vista, principalmente dos pacientes ou pessoas em situação semelhante, para aumentar a capacidade da equipe de perceber esse padrão de subjetividade que ela (re)produz. Ainda que muitas vezes não seja possível evitar determinado padrão de subjetividade dominante e depreciador, o apoiador pode ajudar a equipe perceber e lidar

com tal situação de forma a diminuir os danos.

Outro padrão muito comum é o investimento afetivo dos profissionais de saúde em determinados aspectos do seu núcleo de conhecimento ou procedimento. Muitas vezes ele se identifica de tal forma com um procedimento ou conhecimento, que tem dificuldades de reconhecer algum limite sem sentir-se pessoalmente ofendido. É como se o fracasso, por exemplo, de uma técnica ou de uma medicação, significasse um fracasso pessoal, uma ameaça à própria identidade da pessoa. Obviamente essa dificuldade pode produzir problemas na prática clínica em duas direções: pode afetar o vínculo, muitas vezes gerando até uma responsabilização do paciente pelo fracasso da terapêutica, ou pode gerar uma enorme dificuldade do profissional de reconhecer a importâncias de outros conhecimentos e profissionais de saúde, dificultando a construção de objetivos comuns e a sinergia no trabalho em equipe. A delicadeza dessa situação é o núcleo de conhecimento de cada profissional.

Por último, um desafio para os profissionais ampliarem a prática clínica é o de lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Ana Pitta, em seu livro “Hospital Dor e Morte como Ofício”, aborda o desgaste dos profissionais de saúde em uma sociedade que entende a morte como uma derrota, como um evento que deve ser confinado e escondido. Nesse contexto, uma parte importante do trabalho em saúde - que é o cuidado das pessoas para a morte digna e com o mínimo de sofrimento - acaba sendo negligenciado. O ideal de cura ou prevenção desqualifica ou diminui a importância de cuidados paliativos ou de redução de danos. Ocorre então tanto um desgaste maior dos trabalhadores, como a erupção de diversos mecanismos de defesa não conscientes no plano institucional. A própria hiperfragmentação das atividades, em uma adaptação gerencial da linha de produção industrial para o trabalho em saúde, pode servir como estratégia de negação da situação de sofrimento

e dor vivida por pacientes. Ao restringir o objeto de trabalho a uma atividade muito parcial, é como se fosse possível evitar o contato com a situação real. Trata-se de fazer um curativo, um diagnóstico, uma medicação, um exame, uma prescrição etc. Trata-se de uma hepatite crônica, de um tumor x ou y, de uma “ICC”⁶, um alcoolista. As reduções da prática clínica aos múltiplos procedimentos e das pessoas sob responsabilidade das equipes aos diagnósticos que elas recebem são uma forma (também) de lidar com situações difíceis. Da mesma forma, durante muito tempo, serviços de oncologia recusavam o tratamento paliativo aos pacientes que não tinham chance de serem curados. “Argumentavam” que, caso cuidassem desses pacientes, deixariam de cuidar daqueles que tinham chance de serem curados (VARELLA, 2004, P144). Ficou evidente, com o tempo, que não era assim e que este era um sintoma institucional da dificuldade de lidar com a morte e com os limites do conhecimento e das técnicas disponíveis. No Brasil, de forma semelhante, certa tradição que associa o trabalho na Atenção Primária exclusivamente à prevenção e promoção, em detrimento da clínica, acaba justificando as dificuldades de acompanhar as situações mais graves e complexas na Atenção Primária. Durante muito tempo só se atendiam pessoas saudáveis nos Centros de Saúde. Não havia espaço para o atendimento de intercorrências. Por isso é necessária muita atenção dos profissionais de saúde para avaliar o quanto o desgaste de lidar com a dor e com a morte não está conduzindo a estratégias de defesa que não resolvem o problema do desgaste e comprometem a função dos serviços de saúde. Um modo de gestão mais compartilhado, em que seja possível para os profissionais conversarem sobre dificuldades, contribui muito para qualificar a prática clínica.

6 Abreviatura comum para insuficiência cardíaca congestiva.

1.3 A proposta da Clínica Ampliada

CAMPOS (1997,2003) diagnosticou uma polaridade entre a tendência universalizante do conceito de doença na biomedicina (tendência do conhecimento em produzir uma “ontologia” da doença) versus a “singularidade” do sujeito. Inspirado nos avanços da luta antimanicomial, delimitou um campo de problemas ligados à prática clínica, não exatamente dependentes de pertencerem a esta ou àquela racionalidade ou campo disciplinar, mas dependentes principalmente do “hábito” - usual nos marcos da filosofia dominante no mundo ocidental - de atribuir excessivo peso ao conhecimento produzido a partir da busca de verdades universais ou gerais, em detrimento do conhecimento obtido a partir do reconhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que tem defendido a clínica ampliada como uma diretriz importante da política. Em seu documento base⁷ a PNH traz um resumo bastante sintético e oportuno:

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que:

- 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto;
- 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo;
- 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica;
- 4) define a intervenção terapêutica considerando

7 BRASIL, Ministério da Saúde HUMANIZA SUS – Documento Base Para Gestores e Trabalhadores. 4ª ed. 2008 (www.saude.gov.br/humanizausus) 2008.

predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos.

Ampliar a clínica, por sua vez, implica:

- 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto;
- 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos;
- 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados;
- 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde.

A clínica ampliada apresenta estas propostas:

- 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença;
- 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos;
- 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem;
- 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde;
- 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares;
- 6) fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social);
- 7) defesa dos direitos dos usuários.

(PNH/MS DOCUMENTO BASE)⁸

Tanto a busca por uma Clínica Ampliada, quanto a análise dos determinantes de uma clínica reduzida à doença nos levam à relação da clínica com a gestão. Para CAMPOS (2000), os princípios tayloristas buscam a fragmentação e especialização do trabalho induzindo ao trabalho repetitivo, desprazeroso e pouco

⁸ Embora se trate de um documento institucional da PNH/MS, composto em processos coletivos de discussão, o trecho citado é de autoria do Prof. Eduardo Passos.

criativo, motivado fortemente pelo ganho indireto e postergado (seja da recompensa financeira do homo economicus, seja da identificação com algum “ideal” da organização-instituição). Na saúde, a RGH (Racionalidade Gerencial Hegemônica)⁹ induziria, portanto, 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 coproduzem. É por isso que a proposta da clínica ampliada é complementar à proposta de cogestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e Cogestão, são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada.

CAMPOS e MIMEO (2008) ainda apontam alguns eixos importantes que caracterizam a clínica ampliada no contexto atual do SUS, a saber:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença: a clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma situação clínica podem-se “enxergar” vários aspectos: patologias orgânicas, “forças sociais”, produção de subjetividade, etc.) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A clínica ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano

9 Racionalidade Gerencial Hegemônica é o modo dominante de pensar e fazer a gestão do trabalho. Segundo CAMPOS (2000), este modo dominante e fortemente influenciado por princípios tayloristas se espalhou da linha de produção da fábrica para toda a sociedade.

a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da clínica ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas: reconhecer a complexidade da clínica significa reconhecer limites. Fica evidente, em um número cada vez maior de situações, a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral, independente, principalmente, da vontade do “paciente”. É até mesmo necessário que se possa perguntar aos profissionais (como fez BALINT) por que é tão forte e tão frequente a vontade de decidir pelo “outro” e até mesmo “contra o outro” entre profissionais de saúde. Fato é que poucas coisas além de iatrogenias e desperdício de recursos acontecem nos serviços de saúde, quando os projetos terapêuticos não são negociados com os “pacientes” e entre os profissionais. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na clínica ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas. Assim, é necessária, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não busque inadvertidamente construir uma relação unilateral com o “paciente”, mesmo quando tenha algum grau de certeza amparada em experiência ou conhecimento científico.

Essa necessidade de compartilhamento dirige-se também para a equipe de saúde, outros serviços de saúde e setores que frequentemente fazem parte (ou precisam fazer) da rede assistencial, seja de forma mais pontual ou mais crônica. Trata-se de reconhecer que apostar em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”: as doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas. Portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou especialidade sejam bem delimitados. E devem pertencer ao campo de conhecimentos dos profissionais de saúde saberes que permitam alguma compreensão e alguns instrumentos para lidar com o tema (“pessoa”). Neste processo de aprendizado, um desafio importante na atualidade é que o hábito de compreender o trabalho em saúde, a partir de objetos de trabalho restritos, costuma produzir também nos profissionais um “objeto de investimento” restrito. O que significa dizer que, por um lado, aprende-se não apenas a gostar dos procedimentos e atividades parciais no processo de tratamento, como também a identificar-se com estes; por outro lado, aprende-se a NÃO gostar de outras atividades fora do núcleo profissional. Pior ainda é que é possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Essas dificuldades fazem parte do desafio da clínica ampliada e não devem ser consideradas uma exceção, mas parte do processo de mudança e qualificação trabalho em saúde.

4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho: também se modificam intensamente na clínica ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e na rede assistencial). Mas, principalmente, é necessária alguma capacidade de escuta-percepção (da relação clínica), a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade e grupos sociais.

5. Suporte para os profissionais de saúde: a clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora para os profissionais (mesmo que baseada em certa negação da situação), porque permite ao profissional “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar “não lidar” com o “drama” da situação que se apresenta na clínica. Um exemplo clássico desse mecanismo inconsciente - ainda não de todo debelado - é a forma como serviços de saúde de oncologia justificavam o não atendimento ou o atendimento deliberadamente precarizado de pacientes “terminais” ou “fora de proposta terapêutica”. O argumento (sustentado pela cultura institucional) era de que os serviços deveriam ser voltados àqueles que tinham chances de serem curados. Com isso, os pacientes terminais ficavam sem atendimento: sem sedação, hidratação e outros procedimentos mínimos para uma morte digna. Até hoje o Brasil é um país que ainda tem dificuldades na prescrição de analgesia para pacientes terminais - embora seja pródigo com a prescrição de ansiolíticos, antidepressivos e outros analgésicos “sociais”¹⁰). O fato é que a dificuldade dos profissionais em

10 Ivan Illich (1975) propõe que a sociedade contemporânea produza a “alienação da dor”. “Parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor (...). Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, a droga, a violência e o horror continuam algumas vezes sendo os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar uma experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas. Hoje tornou-se extremamente difícil reconhecer que a capacidade de sofrer pode constituir sinal de boa saúde, desde que sua supressão institucional encarna a utopia técnica diretriz de uma sociedade. O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia; supressão da angústia, e gerência de suas sensações – rejeita a ideia de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse”. (ILLICH, 1975 p 140).

lidar com a morte (em grande medida inconsciente) produzia uma argumentação falsa em relação ao atendimento de pacientes terminais, inventando uma falsa relação de mútua exclusão entre os pacientes com suposto potencial de cura e os sem chance de cura. Esse tipo de problema fica evidenciado na medida em que se propõe a Clínica Ampliada. Problemas crônicos, sociais ou subjetivos podem produzir nos profissionais de saúde reação semelhante àquela produzida por pacientes terminais nos serviços de oncologia. Aqui o aspecto cognitivo é importante, mas não é suficiente, porque é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades perante identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário, neste processo, que se enfrente um forte ideal de “neutralidade” e de “não envolvimento” profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que, muitas vezes, coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disso, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS - Projeto Terapêutico Singular) e evitar individualizar ou culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo, não estigmatizando, por exemplo, mas enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental. As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação, etc.).

“quando me formei há 10 anos atrás vim trabalhar nesta equipe. Eu cheguei e a equipe, assim como as outras duas da unidade, já tinham o seu modo de trabalhar. Então agendaram para eu fazer coleta de citologia oncótica (CO). Eu comecei a fazer a coleta e logo chegou uma senhora com uma criança. Na hora de colher o exame ela não fez menção de colocar a criança para fora.

Perguntei para ela e ela me disse que não tinha problema algum. A criança estava acostumada. Eu fiquei chocada. Perguntei para os colegas se era assim mesmo e eles me disseram que isto era muito comum na unidade porque várias mulheres não tinham com quem deixar as crianças e preferiam trazer. Bem, comuniquei à senhora que eu preferia que a criança ficasse do lado de fora... Não passou dois minutos, mal começara o exame, a criança começa e berrar ‘mããããeeee’ e esmurrar a porta. Conversamos sobre o assunto na equipe. Fiz mais algumas experiências, e mesmo quando a criança do lado de fora não chorava, ela atrapalhava todo mundo na unidade. Então comprei uma mesinha, cadeirinha, papel, lápis de cor e uns brinquedinhos... Na hora do exame colocava a criança sentada de frente para parede, para brincar, enquanto eu tentava fazer o exame. Não adiantou muito. Invariavelmente, no meio do exame, todas elas queriam “ver” o que eu estava fazendo. Demorou até que eu percebesse que a única incomodada era eu. Na verdade, na minha família, aquilo era inconcebível. Eu nunca vira minha mãe sem roupa... levei um tempo para perceber o que em mim estava produzindo aquele incômodo e aí pude separar as coisas e me enriquecer muito com aqueles outros modos de ver a sexualidade e as relações familiares” (CUNHA G. T.: relato de uma enfermeira do PSF)¹¹

Dito isso, podemos apontar para o que seriam implicações da clínica ampliada em termos de capacidades e disponibilidades dos profissionais de saúde para executá-la.

1. Alguma disposição para buscar constantemente nos encontros da clínica uma percepção de “si” mesmo, imerso em diversas forças e afetos (em transformação);
2. Alguma disposição na tentativa de articular ou compor satisfatoriamente, para cada situação singular, um “cardápio de ofertas” de saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira possível com a

tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes;

3. Alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
4. A capacidade de lidar com a relativa incerteza (e o “luto” da percepção de inexistência de certezas absolutas) que esses desafios trazem;
5. Finalmente, uma disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de maneira que seja possível criar mais facilmente uma dinâmica solidária e disponível para a clínica ampliada.

1.4 A prática da clínica ampliada

Gastão Campos propõe que a prática da clínica ampliada se dê com alguma analogia com a prática do “Apoio à Gestão”. Define então a existência de “ciclos” na relação profissional e usuário, não necessariamente seqüenciais, propondo um roteiro de trabalho.

Ciclo I

Parte I - A busca do foco temático

O usuário é estimulado a fazer uma **narrativa**¹² em torno do “objeto” (queixa, ou dificuldade que motivou a busca do apoio) e sobre o objetivo (expectativas do usuário em relação a este apoio). Este é um momento importante para que se faça ou refaça o contrato com o máximo de clareza. A possibilidade

12 Aqui uma vasta gama de preciosas contribuições teóricas e práticas deve nos auxiliar na compreensão e valorização da “narrativa” na atenção individual: desde a psicanálise, com suas variações de método e teoria, até contribuições oriundas da Prática na Atenção Primária, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART 2010), e as valiosas contribuições de José Ricardo AYRES (2004).

de uma narrativa é importante porque ela engloba a construção de explicações e causalidades que em si mesmas já podem ser terapêuticas (“anamnese ampliada” - CUNHA, 2004). O foco temático bem construído vai facilitar a construção do vínculo porque permite alguma explicitação do desejo e do interesse do usuário. Com o tempo e na medida das possibilidades, o profissional poderá sugerir a ampliação do foco temático. Mas é importante evitar um hábito bastante comum na prática clínica e mais comum na atenção primária, de desconsiderar o tema ou a prioridade do usuário, investindo nas prioridades programáticas ou profissionais (o tema mais importante de cada tipo de profissional de saúde). A narrativa possibilita também o primeiro enfrentamento de um dos maiores adversários de uma prática clínica ampliada: a submissão, passividade ou transferência de toda a responsabilidade do tratamento para outro profissional. Isto porque, uma das causas de passividade é justamente a separação artificial do processo de adoecimento da vida vivida do sujeito doente. Certo hábito focalizante¹³ de condução da história clínica costuma desprezar toda informação “não objetiva”, toda informação que justamente situe o sintoma no contexto real da vida. Essa conexão que reflete a “experiência”¹⁴ do adoecimento permite ao usuário perceber não somente causalidades entre o adoecimento e a

13 O conceito de “Filtro Teórico” dos profissionais de saúde (CUNHA 2005) contribui para o reconhecimento da utilidade prática do uso automatizado de certo “algoritmo” na condução da conversa em direção às possibilidades diagnósticas mais prováveis, destacando, porém, os danos que o uso inadequado do roteiro de conversa pode produzir na relação clínica.

14 A diferenciação entre “ilness” e “disease” pode, muitas vezes, ajudar o profissional a diferenciar dois movimentos importantes na prática clínica: (1) a busca de classificação dos problemas apresentados pelo usuário em categorias gerais de diagnósticos e (2) a compreensão através de narrativas do usuário da experiência (sempre singular) do adoecimento (STEWART 2010).

vida, mas principalmente “coproduções”, ou seja, elementos da vida cuja responsabilidade é principalmente do usuário, que determinam ou influenciam a sua condição de saúde. Tal percepção é importante na pactuação da conduta e na divisão dos papéis entre o profissional de saúde e o usuário.

Parte II - Intervenção ampliada: projeto terapêutico compartilhado

Após considerar também a análise de exames físicos e outras informações relevantes, o profissional buscará fazer uma proposta de síntese entre as ofertas e diagnósticos do profissional e o relato - demanda do usuário. Esta síntese constitui um projeto terapêutico imediato: medicações, procedimentos, propostas no “modo de andar a vida”, formas de apoio institucional, retornos, etc., momento este que implica um clima de negociação, em oposição a um clima de prescrição unilateral. Isso significa dizer que não bastam perguntas sobre como o usuário entendeu, ou se concorda com a proposta, caso essas perguntas sejam feitas em um clima de pouca disponibilidade para negociação. É preciso, antes de tudo, estar aberto à negociação e procurar as perguntas e a forma de conduzir diálogos adequados e necessários à partilha de decisões.

Ciclo II

O segundo ciclo diz respeito aos encontros rotineiros. Do primeiro ciclo permanece a disposição para pactuar o foco temático e compartilhar decisões, mas agora é necessário criar espaço para análise das primeiras tentativas de realização do projeto terapêutico e do acompanhamento de situações crônicas, além de abrir a possibilidade de outros temas menos diretamente relacionados ao que pode ter sido a razão principal do encontro.

Evidentemente, quando o primeiro encontro entre um profissional e um usuário esbarra em uma longa história de tentativas de tratamento e experiências do usuário em outros serviços de saúde, este segundo ciclo deve estar presente também no primeiro encontro. Quando não, a proposta é que o segundo ciclo seja uma oferta do profissional para buscar criar um momento de narrativa do usuário sobre a sua experiência com o projeto terapêutico proposto até então. Aqui é importante tanto uma abertura do profissional para uma escuta não moralizante, quanto uma ruptura com hábitos de direcionamento da conversa para diagnósticos que já mencionamos anteriormente. Este é um momento delicado porque é usual que os profissionais desenvolvam algum tipo de contrariedade (e até mesmo raiva) em relação aos usuários que têm dificuldades em seguir as propostas terapêuticas ou que relatem os limites de eficácia ou efeitos colaterais dos procedimentos propostos. Quando isso acontece, o mais comum é que o usuário estabeleça um padrão de relação em que ele só relata aquilo que o profissional quer (ou consegue) ouvir, evitando as dificuldades e decisões contrárias àquelas que ele percebe que o profissional deseja que sejam feitas. Outro padrão de reação do paciente a esta dificuldade do profissional de ouvir problemas concretos com as propostas do projeto terapêutico é o enfrentamento direto do profissional pelo usuário, explicitando de forma desafiadora as “desobediências”. Esta atitude reativa revela um padrão de relação infantilizante imposto pelo profissional em algum momento da sua prática clínica.

Estes dois ciclos básicos vão se repetindo. CAMPOS (2000) propõe que, nesse processo, o profissional de saúde busque sempre aumentar a compreensão do usuário sobre (1) os fatores de coprodução saúde, doença, modo de vida, sistema saúde, (2) a compreensão sobre si mesmo e sua rede social (instrumentos, como a abordagem sistêmica da família podem ser úteis para mapeamento compartilhado da rede social) e (3) a compreensão

sobre modos de intervenção sobre si mesmo e sobre o contexto.

Em relação ao contexto social, buscar contribuir com o sujeito para que ele possa lidar melhor com:

- as relações de poder: situação de dominante e dominado. Não é pequeno o número de vezes em que as relações de poder tanto institucionais-sociais, quanto pessoais interferem na situação de saúde. O compromisso com uma definição ampliada de saúde convida a reconhecer que uma parte relevante da vida deve-se a alguma capacidade de lidar com poderes. Aqui a tipologia de Michel Foucault a respeito de três formas de dominação é uma contribuição importante¹⁵ (FOUCAULT, 1983). Neste aspecto, o profissional precisa estar atento a um compromisso ético-político, uma vez que ajudar o sujeito a se perceber em relações de poder implica desnaturalizá-las; desse modo, é importante a compreensão dos mais importantes tipos de relação de poder em situações de conflitos, para:

15 FOUCAULT (1983) opta por abordar o tema do poder a partir dos seus efeitos e procura estudar as “formas de resistência”, destacando o enfrentamento das (1) formas de dominação étnica, social e religiosa (2) das formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; e (3) contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, desse modo, aos outros (lutas contra as formas de subjetivação e submissão). Este último tipo seriam as lutas “transversais”, que diferentemente de outros tipos, almejam um resultado imediato e atacam o “efeito do poder enquanto tal”. Exemplos seriam as “oposições” entre profissionais de saúde e pacientes, entre pais e filhos, entre homens e mulheres, entre administradores e trabalhadores, entre pessoas que têm um estigma (que pode ser causado por um diagnóstico) e “outros”. Enfim, “são lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por uma lado, afirmam o direito de ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais. Por outro lado, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a voltar-se para si mesmo e o liga a sua própria identidade de um modo coercitivo” (FOUCAULT, 1983).

- analisar com o sujeito como ocorrem movimentos de defesa, ataque e fuga. Assim pode-se contribuir para que o sujeito perceba a os seus padrões e os respectivos efeitos no enfrentamento de conflitos;
- se possível, contribuir para incrementar a capacidade de elaborar alianças e contratos na sua rede social;
- quando necessário, contribuir para a invenção de modos de tomar decisão;
- cuidar para que as decisões possam contribuir para o aumento da capacidade de projetar a vida (pensamento microestratégico, conectado aos temas dos desejos e sonhos).

Em uma separação didática, pode-se acrescentar a abordagem dos fatores subjetivos, momento em que o profissional busca contribuir para que o usuário aumente a capacidade para lidar com:

- o interesse e o desejo próprio e de outros;
- os hábitos estruturados de vida;
- a relação com alimentos e rituais culinários;
- a relação com trabalho, atividade física, arte, esporte, natureza e território;
- a sexualidade: aumentar compreensão necessária e possível;
- os temores.

É importante destacar, em relação aos temores, o tema da medicalização da vida e a diretriz da prevenção quaternária (ALMEIDA, 2005 e TESSER, 2010) que busca diagnosticar situações de risco para intervenções potencialmente produtoras de iatrogenias, como exames e procedimentos desnecessários (GRIMES, 2002). Nunca é demais lembrar que, segundo a pesquisadora norte-americana Barbara Starfield (2000), a terceira causa de morte nos EUA são intervenções médicas. Por outro lado, o medo e a culpabilização são ferramentas

tradicionais das profissões de saúde, herdadas provavelmente de instituições religiosas (MARTINS, 2008). De modo que os “temores” merecem sempre máxima atenção na prática clínica.

Esses tópicos não são obrigatórios. Geralmente a clínica implica escolhas e definição de prioridades. O caminho para chegar a essas escolhas passa pela construção de hipóteses de inter-relações entre o(s) problema(s) de saúde e a coprodução do sujeito. Este pequeno roteiro de prática da clínica ampliada não deve ser aplicado de forma linear. A qualquer momento, na relação clínica, irrompem encruzilhadas que requerem decisões. Em paralelo, um processo acumulativo de compreensão cognitiva e intuitiva (no sentido preciso que BERGSON (2005) dedica a essa palavra) produz, qual um calidoscópio, novas perspectivas para a situação. O vínculo terapêutico, a experiência do profissional e o trabalho em equipe (com a possibilidade de diferentes construções terapêuticas) também modulam constantemente a relação clínica.

Seção 2 - UM MÉTODO DE APOIO E QUALIFICAÇÃO DA CLÍNICA E DA GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: GRUPOS BALINT - PAIDEIA.

A cogestão e a clínica ampliada: Análise dos desenhos organizativos da Atenção-Gestão (a composição técnica do trabalho)

Muitas vezes se imagina que arranjos mais democráticos nas organizações são incompatíveis com a qualidade dos serviços. Diz-se com frequência que seria preciso, para que funcionassem adequadamente, muita obediência, renúncia dos trabalhadores, fragmentação do trabalho (“cada um fazendo a sua parte”) e pouca conversa. Os gestores concentrariam ao máximo os poderes e os saberes, definindo exatamente como as coisas devem funcionar. Depois disso, caber-lhes-ia apenas fiscalizar se as determinações estão sendo cumpridas. Neste modelo simplista, espera-se do gestor exatamente a postura contrária daquela que se espera do trabalhador: criatividade, protagonismo, iniciativa. É um modelo gerencial que se estruturou a partir da revolução industrial e espalhou-se por toda a sociedade, organizando o trabalho nas mais diversas áreas. Hoje esse modelo gerencial já sofre grandes questionamentos, mesmo na indústria, onde foi criado. Ainda que se ignorem os seus desastres éticos, é impossível negar que nas áreas em que o objeto de trabalho é complexo e requer uma abordagem cooperativa e criativa, esse modelo é insuficiente. Na saúde, ele está relacionado ao “produtivismo” descolado dos resultados, à ignorância e pouco envolvimento dos trabalhadores com as finalidades da ação de saúde, ao isolamento e à desresponsabilização¹⁶ dos trabalhadores em

16 Quando as pessoas não participam dos processos de decisão, mais facilmente se desresponsabilizam do trabalho e do seu resultado.

relação às pessoas sob seus cuidados. Em trabalhos complexos como a saúde e a educação, é necessário outro modelo de gestão, uma gestão que invista também na autonomia e no conhecimento dos trabalhadores. Na Atenção Primária, estudos demonstram que equipes com dinâmicas de trabalho mais democráticas e com melhor “clima na equipe” têm melhor resultado (CAMPBELL, 2001). Essa relação entre gestão, melhor clima na equipe e resultado é demonstrada em outros estudos (BOWER e CAMPBELL, 2003). Não se trata, obviamente, de autonomia total de qualquer categoria profissional. O trabalho em saúde é um trabalho predominantemente cooperativo. Quando cada um faz o que quer, simplesmente não há gestão alguma e, muitas vezes, sequer há um trabalho. Em uma gestão democrática, assume-se o desafio de equilibrar autonomia e controle nas organizações, valorizando os espaços coletivos de decisão (CAMPOS, 1997b). Apesar da grande insatisfação que o modelo de gestão dominante produz, da pouca sustentabilidade e dos questionamentos teóricos, ainda são pobres as ofertas gerenciais que apontem para outro tipo de organização e gestão na saúde. São poucos os métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais e lidar com as singularidades (CUNHA, 2004). A maior parte da energia gerencial nos serviços de saúde ainda é investida na busca e na valorização de uma padronização das atividades. Ainda é forte nos serviços de saúde a ideia de que é possível alcançar um saber, um protocolo ou um gestor que, “este sim”, seria redentor e solucionaria todos os problemas. O desejo de simplificação e controle resulta em intenso investimento gerencial em protocolos, guidelines e estudos baseados em evidência. Não se trata aqui de abolir esses instrumentos, mas sim de reconhecer que se eles têm potências, têm também limites e não podem ser a única ferramenta gerencial. É relevante apontar que essa tendência, muitas vezes inconsciente nas organizações de saúde, produz também um sentimento de decepção e angústia diante das incertezas

da clínica e da complexidade do adoecer. Ou seja, existe certo “luto” dos gestores na medida em que as promessas de suas ferramentas teóricas e práticas não se concretizam. E ocorre com frequência que os progressos de uma equipe com maior autonomia cheguem a incomodar gestores mais controladores, na medida em que esse progresso se faz geralmente a partir de uma abordagem não padronizada, e no exercício de alguma autonomia de trabalho. Não é demais lembrar a recomendação de Starfield (2002) para o desenvolvimento nas equipes de uma capacidade de autoavaliação, em que os parâmetros de padronização de condutas tradicionais são insuficientes na prática clínica:

“O argumento de que a evidência deveria ser a base para a prática médica fornece a fundamentação para o desenvolvimento de diretrizes clínicas para essa prática. Embora milhares de diretrizes tenham sido desenvolvidas por muitos grupos profissionais, normativos e de pesquisa, muitas vezes elas são inconsistentes entre si mesmo quando abordam o mesmo tópico clínico, indicando, assim, a imperfeição das evidências nas quais são baseadas (Merritt et al., 1997; Dixon, 1990).

Além disso, não está claro que evidências cientificamente sólidas poderiam esperar informar a maioria das decisões clínicas que devem ser tomadas na prática médica diária. Estudos clínicos controlados, aleatórios, por sua própria natureza, requerem que as condições da pesquisa sejam cuidadosamente especificadas e controladas, impedindo, assim, a inclusão de populações que não atendem aos critérios para inclusão no estudo. Dessa forma, estes estudos incluem subgrupos relativamente pequenos de pessoas com o problema em estudo, uma situação mais exacerbada pela falta de pessoas eletivas serem voluntárias para participar do estudo. Assim, muitos dos achados de estudos clínicos controlados, aleatórios não são generalizáveis para a prática comum com vários tipos de população porque as condições a serem preenchidas no estudo não são aplicáveis. (STARFIELD, 2002 p 462)”

Por outro lado, a possibilidade de investir no protagonismo e autonomia de trabalhadores e usuários pode inicialmente produzir nos gestores uma fantasia de que ele perderá espaço e poder. Frequentemente instaura-se uma crise de papéis quando os trabalhadores exercitam o necessário protagonismo no processo de trabalho. E muitas vezes é difícil para a autoimagem de um gestor se colocar a seguinte questão: qual o papel da coordenação em uma cogestão? É fato que esse papel torna-se muito mais complexo porque incorpora o manejo de incertezas e processos grupais subjetivos nos coletivos envolvidos. E, para isso, o gestor precisa lidar consigo mesmo, com seus limites, seus desejos de poder e receios no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor” (CAMPOS, R. O., 2003). O que pode facilitar a superação desse desafio é que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica tradicional e uma gestão tradicional aproximam-se na produção de certo tipo de relação de poder-saber é que se busca aumentar a “distância” gerencial e terapêutica, ou seja, busca-se definir claramente um polo de poder-saber no profissional ou no gestor. Uma clínica ampliada e a atividade de cogestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes de poder-saber, com vistas a produzir uma diminuição dessa distância e o aumento de autonomia, tanto do “paciente” na clínica, quanto do trabalhador, na gestão. Talvez um ideal gerencial funcionalista esperasse que mudanças na gestão repercutissem imediatamente na prática clínica, assim como um ideal mais democrático gostaria que as mudanças nos profissionais de saúde e na prática clínica produzissem imediatamente mudanças na gestão. No entanto, embora as duas dimensões - clínica e gestão - sejam inseparáveis e se modifiquem mutuamente, essas duas perspectivas refletem dois extremos raros. E tal raridade está em sintonia com a teoria da coprodução (CAMPOS, 2000) e da complexidade que tanto utilizamos. Portanto, as transformações em direção à cogestão

e à clínica ampliada devem começar por todos os lugares onde for possível e devem, preferencialmente, apoiar-se em um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que em mudanças abruptas.

Essas e outras dificuldades observadas na gestão dos serviços de saúde justificam a busca de novos instrumentos de cogestão, principalmente aqueles relacionados à clínica. Não é pequeno o desafio de transformar os serviços de saúde de forma democrática e, ao mesmo tempo, qualificar a atenção.

2.1 A proposta de Grupos Balint- Paideia como contribuição à cogestão

Os Grupos Balint-Paideia, uma atualização e adaptação para o SUS dos Grupos Balint, formulados por Michael Balint (BALINT, 1988), são um instrumento de cogestão da clínica e apoio aos trabalhadores. Eles podem contribuir para a cogestão e a qualificação das práticas clínicas de forma complementar a outros arranjos, como colegiados gestores, equipe de referência e apoio matricial e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), bem como para superar as dificuldades gerenciais apontadas acima, ao mesmo tempo em que são um instrumento de formação profissional e de produção de outras grupidades nas organizações. Podem também ser uma oferta da gestão de um município ou dos serviços de saúde aos trabalhadores, notadamente da Atenção Primária, assim como um instrumento pedagógico na formação em serviço.

Os Grupos Balint

Balint, no início do seu livro “O médico, o paciente e sua doença”, faz um diagnóstico da prática da clínica médica da sua época que permanece em grande medida atual. Sobre os encontros entre médicos e pacientes ele diz:

“Estas situações são muito frequentemente trágicas; o paciente tem verdadeira necessidade de ajuda, o médico tenta honestamente tudo o que pode e, entretanto, apesar dos esforços de ambas as partes, as coisas tendem obstinadamente a andar mal.”

(BALINT, 1988, p.11)

BALINT destaca a dimensão relacional da clínica:

“A discussão revelou rapidamente (...) que a droga mais frequentemente prescrita na clínica geral é o próprio médico, isto é, que não apenas importavam o frasco de remédio e/ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente - em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida” (Idem: p.01)

Referindo-se aos seminários anteriores à criação do seu método de trabalho, na clínica Travistok, Balint chamava a atenção para a “substância médico”. Ele observava que não havia, como acontece com os fármacos, *“em nenhum tipo de manual, referências quanto à dosagem, apresentação e posologia, quais doses de cura e manutenção, etc. (para a “substância médico”)* e, ainda menos, qualquer menção a respeito dos possíveis efeitos colaterais. O problema permanece atual: se tomarmos como indicadores de dificuldades da prática clínica, não há somente os conflitos entre profissionais de saúde e pacientes, mas também a chamada “baixa adesão”.

No livro mencionado acima, Balint faz a síntese de seus aprendizados com esta experiência depois de cerca de 10 anos de trabalho com grupos de médicos da atenção primária na Inglaterra.

O autor apontava para algo que já era comum em sua época: havia uma consciência de que era bastante difícil fazer a clínica na atenção primária sem conhecimentos a respeito

da dinâmica psicológica dos pacientes. Buscava-se, então, fornecer cursos aos médicos sobre psicologia e psicoterapia na clínica médica. Balint analisava que esse grande investimento resultara pouco frutífero. O motivo é que

(...) professores e alunos têm adotado sem crítica as formas e métodos dos hospitais-escola e dos cursos tradicionais de extensão, quer dizer, cursos concentrados quase em tempo integral, de uma duração aproximada de duas semanas, cujo material principal são as conferências e as visitas às enfermarias, ilustradas com histórias e demonstrações clínicas. Esqueceu-se completamente de que **a psicoterapia é, acima de tudo, não conhecimento teórico, mas capacidade pessoal**”

(BALINT, 1988, p.258)

A busca de uma proposta para algum tipo de abordagem que pudesse contribuir tanto para a investigação do problema (relação clínica), quanto para sua solução apareceu na forma de grupos formados por médicos da atenção primária do NHS (National Health System) - os chamados General Practitioner - através de encontros semanais. Os grupos eram voluntários e formados por oito a dez médicos cada um. A divulgação dos convites para participar dos grupos se dava por anúncios em jornal. Cada grupo, cujo tempo de duração do grupo era de dois anos, possuía um coordenador.

É interessante notar que Balint desse preferência aos clínicos gerais da Atenção Primária em relação aos especialistas de ambulatorios e hospitais:

“ainda que os problemas de seus pacientes fossem os mesmos, o enfoque técnico do especialista, em realidade toda atmosfera da sala ou do consultório do hospital, é tão diferente da que prevalece no consultório do clínico geral que nos vimos obrigados a reconhecer esta diferença”. (Idem: p.258)

Essa percepção do autor sintoniza-se com as diferenças da clínica na Atenção Primária e na Atenção Hospitalar Tradicional, apontadas por mim em trabalho anterior (CUNHA, 2005) e também por ALMEIDA (1988). É importante dizer que essas diferenças estão cada vez mais evidentes na medida em que o perfil epidemiológico da população se move em direção às doenças crônicas e que se percebe a necessidade de uma clínica ampliada e integrada em todos os serviços de saúde.

Os grupos BALINT reuniam-se uma vez por semana durante *“dois ou três anos, embora alguns tenham se prolongado ainda mais”*. As reuniões se realizavam na *“primeira hora da tarde do meio do dia livre que habitualmente os médicos clínicos”* tinham. O objetivo era permitir a participação sem interferência, mesmo em épocas de atividades clínicas mais intensas; a média de frequência foi de 90 a 95% para o ano todo¹⁷.

Balint definiu que o grupo deveria ter uma tarefa mista entre pesquisa e formação. Mais especificamente, buscava três objetivos:

- a) Estudar as implicações psicológicas da clínica tradicional;
- b) Formar os clínicos para lidar com essas implicações;
- c) Criar um método de treinamento para lidar com essas implicações.

Diante desses objetivos, Balint acreditava que a pesquisa só poderia ser realizada com os médicos participando ativamente dela, e não tentando observá-los de “fora” ou apesar deles. Para que o ‘material científico’ aparecesse, era preciso que os profissionais estivessem atentos, que tivessem alguma formação sobre o tema, de modo que o grupo buscava fazer as duas coisas: compreender as implicações psicológicas da clínica

¹⁷ Embora tenha havido desistências da ordem de 60% no primeiro grupo e de 35% em média nos grupos seguintes de M. Balint. O autor fez um perfil dos médicos desistentes: primeiros os clínicos mais famosos, depois os psiquiatras, permanecendo os Generalistas (GP).

geral e ensinar os profissionais a perceber essas implicações, ajudando-os concomitantemente a fazer isso.

Participavam do grupo, além dos clínicos, dois psiquiatras. Cada membro do grupo podia solicitar uma hora de ajuda particular aos psiquiatras para discussão dos seus casos.

A dinâmica do grupo centrava-se na apresentação oral dos casos clínicos. Havia um acordo para evitar a distribuição de manuscritos porque o método Balint assumia certa analogia com o método psicanalítico, em que a exposição dos casos sem manuscritos permitia ao relato alguma proximidade com a “livre associação” da psicanálise.

Sobre a tecnologia de abordagem do campo “psi” “em serviço”, BALINT procurou se fundamentar nas tecnologias de formação psicanalítica que existiam na sua época. Ele percebeu a existência de dois grandes sistemas de formação: a escola de Berlim, que ele dizia ser referência para a maior parte das escolas psicanalíticas, e o Sistema Húngaro. A diferença se dava justamente no fato de que na formação berlinense a contratransferência do profissional para o paciente era abordada somente na terapia individual, enquanto na formação húngara esse tema podia ser abordado em grupo, na discussão do caso clínico. Tal característica desse sistema possibilitou a Balint imaginar uma dinâmica grupal que, ao mesmo tempo, fosse uma formação psicoterápica e, em alguma medida, um processo terapêutico. O que significa dizer que importava descobrir não somente as transferências do paciente para o médico, mas também do médico para o paciente e com elas lidar. Assim como o Método Paideia em relação aos espaços de gestão, BALINT pressupunha, em algum grau, uma dimensão terapêutica nos seus grupos “operativos”.

No plano pedagógico, Balint acreditava que não se tratava (somente) de fornecer conhecimento teórico aos profissionais, mas sim de possibilitar o desenvolvimento de uma “capacidade pessoal”. Para ele, o desenvolvimento da capacidade pessoal

dependeria da exposição às situações reais, o que implicava, em alguma medida, a “transformação da personalidade”. Era necessário criar condições para:

- a) “permitir aos médicos aplicar desde o princípio alguma psicoterapia sob supervisão ”;
- b) “possibilitar que eles conseguissem visualizar a uma certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecendo os aspectos da sua própria maneira de lidar que eram úteis ao pacientes e suscetíveis de compreensão e desenvolvimento, e os que não fossem tão úteis e que, uma vez compreendido o seu sentido dinâmico, necessitassem ser abandonados ou modificados” (idem: p.260).

Para isto, ou como parte disto, ele objetivava apurar a sensibilidade profissional, criando condições para que o profissional pudesse perceber o “processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos” (idem: p.262). Tanto a autopercepção como a percepção do outro pressupõem que os “fatos” que interessam não são somente aqueles ditos “objetivos” e em geral mais

“facilmente expressados em palavras. Os fatos que nos interessam são de caráter acentuadamente subjetivo e pessoal, e frequentemente apenas conscientes, ou então absolutamente alheios a todo controle consciente; e também costuma ocorrer que não existam formas inequívocas que permitam descrevê-los em palavras”. (idem)

No entanto, salienta BALINT:

“estes fatos existem e influem profundamente na atitude individual frente à vida em geral e em particular no ato de ficar doente, aceitar ajuda médica, etc.” (idem)

É importante dizer que já naquele tempo era uma característica do NHS a adscrição de clientela, com certa liberdade dos usuários de escolherem os médicos de referência, de modo que os vínculos tendiam a ser longos e as rupturas, em função de dificuldades relacionais, bastante explícitas e, muitas vezes, incômodas. Bem diferente do nosso contexto atual do SUS, em que esses vínculos são pouco claros, a responsabilidade é diluída e lembrada com frequência somente em situações em que a ruptura de um seguimento clínico implica um risco coletivo (doenças epidêmicas e contagiosas).

2.2 Os Grupos Balint e o Método Paideia

Para formular uma proposta que utiliza fortemente elementos do Método Paideia de cogestão e dos Grupos Balint, pode ser útil comparar, na tabela a seguir, os dois métodos.

GRUPO BALINT TRADICIONAL	MÉTODO PAIDEIA
Discussão de Caso	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido amplo
(quase) sem ofertas teóricas	Com ofertas do apoiador
Busca aumentar a capacidade para lidar com as Implicações psicológicas da clínica geral	Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia)
Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum)	Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente)
Clínica do Médico GP - com clientela adscrita (continuidade e coordenação)	Equipe Interdisciplinar.
Análise da contratransferência	Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos
Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a “suportar o fardo”)	Sujeitos singulares coproduzidos. Desejo faz parte do Sujeito.
Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal	Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização
Tende a reduzir discussões às relações individuais	Assume a tríplice finalidade das organizações

Uma diferença importante dá-se em relação aos laços de grupalidade de um e de outro tipo de grupo. O Método Paideia se aplica a grupos (coletivos organizados para produção) com alto grau de interdependência (ainda que muitas vezes isto não seja percebido ou desejado), enquanto que os grupos Balint constituem a grupalidade, principalmente a partir de uma identificação com os casos trazidos por cada um dos participantes. Os laços são muito diferentes em um caso e noutro - e isso tem implicações importantes na condução do grupo. Outro aspecto importante é o caráter mais propositivo do Método Paideia. Nos grupos Balint, as ofertas são mais sutis e restritas às teorias psicológicas, principalmente o conceito de transferência e contratransferência. No Método Paideia as ofertas são uma parte importante do método: pode ser oferecido um texto, uma discussão teórica com um especialista (apoio matricial) ou mesmo uma aula. São maneiras de aumentar a capacidade de análise. Tanto um quanto o outro reconhecem o risco de mitificação que as ofertas teóricas podem produzir, inclusive impedindo que o grupo aborde aspectos inconscientes e sensíveis. Contudo, o método Paideia aposta também na possibilidade de desmitificação que o processo de introdução de diferenças - trazidas por outros saberes e atores - pode levar ao grupo. O Método Paideia é influenciado por Pichon Rivere (“grupos operativos”) e, por isso, investe na tarefa comum e interdependente (realização e avaliação) como forma de lidar com mecanismos inconscientes de fuga. Evidentemente, os grupos Balint não têm uma tarefa comum tão clara. Um exemplo é o fato de que o sistema de saúde oferece certo padrão de relação de poder entre especialistas e generalistas, entre médicos e enfermeiros, etc. Este tema foi abordado por Balint, que buscou ajudar esses profissionais a lidar, principalmente, com a sensação de inferioridade. Na mesma situação, com o Método Paideia também se poderiam discutir outros temas, como o tipo de contrato entre generalistas e especialistas, a

proposta de “apoio matricial”, as questões epistemológicas do saber especializado e da “ciência”, os interesses econômicos envolvidos e correlações com a cultura atual, entre outros, de acordo com o contexto e o momento do grupo.

2.3 A proposta de Grupos Balint-Paideia de cogestão e de apoio da clínica no SUS

A partir da contribuição de Michael Balint, buscamos construir uma variação atualizada dos grupos BALINT, que chamamos BALINT-PAIDEIA. É importante aqui fazer um pequeno parêntese para destacar que, para o método Paideia e para os dispositivos correlatos a ele (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial), todos os espaços de encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários, são espaços de aprendizado, onde se lida com saberes, com poderes e com afetos. Ou seja, não se trata aqui de propor um arranjo substitutivo aos outros e muito menos algo que permita à organização prescindir da incorporação em todos os seus espaços de uma capacidade mínima para lidar com esses temas, principalmente a subjetividade (CAMPOS, 2000; CUNHA, 2004). Trata-se, sim, de utilizar a grande contribuição de M. Balint e colaboradores e propor mais um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o Método Paideia para a Cogestão.

BALINT não estava na gestão direta do NHS britânico, mas assumiu, a partir da clínica Tavistok, uma responsabilidade que hoje consideramos típica dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais. Assim, a proposta de grupo BALINT, hoje, para ser aproveitada dentro do SUS, precisa ser adaptada para o contexto dos desafios gerenciais atuais do SUS. Coloca-se, portanto, da mesma forma que à M. Balint, o problema de criar métodos gerenciais e de formação de profissionais que facilitem de forma real uma prática clínica ampliada.

Chamamos a proposta adaptada de “GRUPO BALINT - PAIDEIA” (GBP), que é, ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população.

GRUPO BALINT PAIDEIA	GRUPO BALINT
16 a 20 participantes (8 a 10 duplas da mesma equipe)	8 a 10 participantes ¹⁸
Médicos e enfermeiros (com abertura para outras composições de duplas dependendo da composição das equipes de SF)	Médicos
Apresentação e Discussão de Casos Clínicos-Gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.	Apresentação e Discussão de Casos Clínicos. Temas centrados na relação clínica
Com ofertas teóricas diversas (metade do tempo para discussão, metade para aulas ou leitura de textos)	Sem ofertas teóricas explícitas
Duração de 1 a 2 anos	Duração de 2 anos ou mais
Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde	Atividade voluntária desvinculada da gestão do serviço ou sistema de saúde
Coordenadores participantes (ou não) da gestão	Coordenadores do grupo externos à gestão dos serviços

18 A Dra. Rita F. G. Branco, da Universidade Católica de Goiás e especialista em Grupos Balint, observa que “hoje já existem os Grupos Balint Ampliados que permitem a participação de até 20 pessoas”. Observa também que atualmente os Grupos Balint já são feitos com a presença de enfermeiros, sendo que “na Suíça, na Argentina e em Goiás são feitos com profissionais de saúde em geral e professores”.

Tempo de duração de cada encontro: um período de 4 horas, sendo duas horas para discussões de casos e duas horas para atividades teóricas	Tempo de duração de cada encontro: 1h até 1h e 30min.
Intervalo entre os encontros: semanal ou quinzenal	Semanal
Grupo semiaberto (multirreferencial) ¹⁹ Possível presença- quando demandados - de outros profissionais e gestores.	Grupo fechado nos mesmos participantes
Possível associação com cursos de especialização (“gestão da clínica na atenção básica” e “Saúde da Família”)	Sem associação com outros recursos pedagógicos
Utilização de recursos de Ensino a Distância ²⁰ (EAD)	Apenas encontros presenciais
Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva.	Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica e afetiva.

Em nossa experiência na Atenção Primária, o GBP foi formado predominantemente por profissionais universitários na ESF (CUNHA, 2009). Não deve ultrapassar o número de vinte pessoas e 10 equipes. Nada impede, contudo, que os grupos sejam menores, uma vez que BALINT propunha grupos de 8 a 10 médicos. De qualquer forma, preferencialmente o médico e o enfermeiro devem ser da mesma equipe. Caso isso não aconteça, deve-se pensar na possibilidade de diminuir o número de participantes, de modo que não demore muito para que a discussão de caso retorne a cada participante. Quanto

19 MOURA (2003: p.71) sobre os “coletivos”: “o coletivo, tal como o entendemos, orienta-se de tal modo que seja possível absorver a coexistência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais, os mais díspares”.

20 Utilizou-se principalmente a ferramenta TELEDUC, software livre desenvolvido pelo Centro de Computação da Unicamp (www.ead.unicamp.br).

maior o grupo, mais difícil é a participação e a construção de uma grupalidade solidária. Muitas vezes a presença de um profissional com perfil diferente do biomédico, como um psicólogo ou um terapeuta ocupacional, enriquece o grupo. Quando há mais de um profissional de cada equipe, facilita-se a percepção da complexidade do caso e da relação de cada profissional com o paciente, além de possibilitar, com maior facilidade, desdobramentos práticos na equipe.

É importante que seja pactuado no grupo, na rede e nas equipes a possibilidade de participação eventual, sempre que necessário, de outros profissionais. O objetivo é contribuir em momentos específicos, seja através da participação de um especialista da rede que também acompanha o caso (e essa é uma boa oportunidade para se exercitar o apoio matricial dos especialistas da rede), seja através de algum outro membro da equipe ou da unidade de saúde (como um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde ou um coordenador de unidade).

Talvez a principal semelhança entre as duas propostas, ou melhor, a principal herança dos grupos Balint no GBP, seja a possibilidade de um trabalho gerencial e pedagógico menos atravessado pelo caráter emergencial dos instrumentos de gestão da clínica. As discussões de caso nos GBP não almejam, na maior parte das vezes, uma transformação imediata e uma resolução urgente (embora não se tenha nada contra essa possibilidade). Quando se discute um caso clínico ou um problema em um espaço gerencial, ele demanda uma solução ou ao menos uma decisão imediata, saindo da pauta quando a situação se acalma. Nos GBP existe a possibilidade de observar casos por um tempo mais longo. O grupo não é uma instância deliberativa. É um espaço de troca e de aprendizado. É um raro espaço onde é não somente permitida, como também estimulada a verbalização de dificuldades, fragilidades e desconhecimentos. Embora, obviamente, discuta-se muito o que pode e deve ser feito em

cada caso, somente dois profissionais são realmente responsáveis por isto, e não sozinhos, mas na respectiva equipe.

O GBP permite que profissionais imersos em contextos semelhantes e provavelmente com problemas parecidos, ainda que singulares, possam compartilhar dificuldades e soluções e construir alguma grupalidade. É muito comum que profissionais que trabalhem na Atenção Primária na mesma cidade ou região tenham muito pouco contato entre si.

É muito importante destacar uma diferença com o grupo BALINT tradicional: neste os temas eram sempre os casos clínicos, enquanto que nos GBP existe uma abertura para se discutirem casos gerenciais, institucionais, casos de saúde coletiva e da dinâmica da equipe.

a. Como iniciar?

Uma vez que se imagina a proposta de GBP dentro do Sistema Único de Saúde, recomenda-se que haja uma discussão ampla e não apressada da proposta de trabalho na organização antes de iniciar os trabalhos de grupo, incluindo os gestores e trabalhadores e utilizando os espaços rotineiros de cogestão ou extraordinários se necessário. É recomendável divulgar e abordar com os interessados os objetivos da proposta, critérios de escolha dos participantes e a dinâmica de trabalho. É importante definir um tempo mínimo de funcionamento do grupo, que deve ser entre um ano e um ano e meio, para que ele possa render frutos e ser avaliado. Depois desse tempo, o trabalho deve ser avaliado pelo grupo e pelos gestores, para decidir sobre sua continuidade ou não. No caso de cidades maiores, muitas vezes não é possível que todas as equipes de uma região tenham acesso a essa oferta durante todo o tempo, e então a duração do grupo poderá permitir um rodízio. É importante destacar que o processo de discussão da proposta deve ser cuidadoso, tanto para adaptar criativamente a proposta para cada contexto, quanto para facilitar os contratos com o grupo e com a rede assistencial à qual estejam ligados.

b. O contrato

Ao ser definido o grupo, é preciso pactuar a forma de trabalho. Apesar de ser saudável que cada grupo construa um contrato singular passível de ser reavaliado de tempos em tempos, alguns parâmetros devem ser considerados:

- O sigilo das informações trocadas no grupo, tanto o sigilo em relação aos casos clínicos, quanto no que diz respeito às relações gerenciais e internas da equipe. A não utilização de informações obtidas de forma não autorizada ou pactuada é um ponto fundamental e deve ser um compromisso explícito dos mediadores e gestores presentes.

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

- Para a apresentação dos casos, é importante pactuar um roteiro mínimo a ser seguido. No ANEXO 1, apresentamos uma proposta de roteiro para os casos clínicos, baseada nas propostas de PTS e clínica ampliada. É apenas uma referência e deve ser sempre colocada em discussão no grupo, além de aperfeiçoada e questionada. Para a apresentação dos casos institucionais, gerenciais e de relação na equipe, os chamados “núcleos de análise” (CAMPOS, 2000, p. 214, ANEXO 2) do Método Paideia são a principal referência que temos utilizado como mapas; no entanto, também apresentamos no ANEXO 3 um

pequeno roteiro de alguns pontos importantes mais frequentes, que podem inclusive contribuir com a apresentação dos casos. Mesmo quando definido um roteiro singular para o grupo, ele deve ser flexível e estar permanentemente aberto a mudanças.

- É importante pactuar o compromisso com o caso apresentado: quem traz um caso, assume a responsabilidade em dar prosseguimento às discussões na equipe, de articular rede social e, principalmente, de fazer devolutivas para o grupo de discussão. Essa responsabilidade bilateral entre o grupo e o apresentador do caso implica certa flexibilidade do grupo para mudar agendas e incluir casos imprevistos, acolhendo os momentos de crise dos profissionais em relação aos casos acompanhados.

c. Frequência dos encontros:

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

d. Atividades de educação a distância:

Sempre que possível, é interessante utilizar as ferramentas de internet para disponibilizar bibliografia, continuar discussões em fóruns, possibilitar o compartilhamento de relatos e textos escritos por participantes do grupo, etc. Existem muitas ferramentas de EAD com software aberto. Elas permitem também um registro dos diversos momentos do grupo e podem ser utilizadas posteriormente pelo próprio grupo para resgatar seu percurso.

e. Ofertas Teóricas ao Grupo

É enriquecedora para esse tipo de grupo a possibilidade de oferecer o suporte teórico em sintonia com as questões discutidas no grupo. Para tanto é importante que o(s) coordenadores do grupo se disponibilizem a buscar conteúdos adequados a cada momento do grupo. Alguns temas devem estar presentes desde o início: cogestão e Equipe de Referência-Apoio Matricial (CAMPOS, 2003,2007), Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento, Abordagem Sistêmica da Família, Grupos Balint (função apostólica²¹, relação com especialidades, padrões de subjetividade), relatos de casos clínicos, entre outros.

f. Os Apoiadores e Coordenadores de Grupos Balint-Paideia

Quando se concebem os GBP como mais uma oferta gerencial, imaginam-se os coordenadores escolhidos dentro do quadro gerencial da secretaria municipal de saúde ou do quadro gerencial de um serviço grande, como um hospital. Não se supõe que esses profissionais necessitem de uma formação especial, mas sim que tenham principalmente alguma disposição para aprender a lidar com esta dinâmica tão especial que é a da clínica e do apoio à gestão (CAMPOS, 2003: p.85), através das discussões dos grupos. Pode ser interessante pensar a possibilidade de gestores abrirem espaço na agenda para coordenar grupos de trabalhadores de outros serviços (que não aquele que ele gerencia), como forma de possibilitar um contato como experiência, propostas e cuidados metodológicos

g. Duração das atividades

O tempo de duração das experiências que tivemos - 2 horas para discussão de casos e duas horas para ofertas teóricas (CUNHA, 2009) - pode ser menor, tal qual ocorre nos grupos Balint

21 “era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes 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 pacientes” (BALINT, 1983:183, capítulo “A função Apostólica”)

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

h. Reavaliação

Assim como na proposta de cogestão, nos grupos BALINT-PAIDEIA, a necessidade de tomada de decisão e realização de pactos deve estar pareada com a possibilidade de revê-los, de avaliá-los.

É importante que essa possibilidade esteja programada e esteja aberta ao grupo.

Seção 3 - A CLÍNICA AMPLIADA NA FORMAÇÃO COMO AÇÃO DISPARADORA DE MUDANÇAS

3.1 Competências profissionais para atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho e na ação-reflexão” (Paulo Freire)

Refletir sobre as competências profissionais e o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um desafio, tendo em vista a forma como historicamente se produz saúde no Brasil. Pressupõe ainda repensar a lógica fragmentada da formação dos profissionais da saúde, que privilegia os conhecimentos e as habilidades técnicas específicas de cada categoria profissional, em detrimento de saberes interdisciplinares compartilhados no dia a dia da prática em equipe.

Por esse razão, optamos por discutir de forma integrada as competências necessárias a todos os profissionais das equipes NASF, e não as competências de cada categoria profissional, embora compreendendo que, no cotidiano do trabalho, as competências individuais também são fundamentais para o enfrentamento das necessidades de saúde da população.

As reflexões aqui apresentadas são oriundas da experiência de apoio à implantação de equipes NASF em diversos territórios e deve ser encarada, como propõe MINAYO (1998), de maneira provisória e aproximativa. Esperamos que contribuam para a formulação de outras reflexões e que suscitem a transformação das práticas profissionais no processo de trabalho do NASF.

3.1.2 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: as ferramentas e o processo de trabalho

Em que pesem os bons resultados alcançados pela implantação da ESF no território nacional, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico das coletividades nos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram propostos pela Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, visando fornecer suporte qualificado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução de casos que necessitem de outros conhecimentos e outros saberes profissionais, garantindo um cuidado mais integral (GRABOIS, 2011).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros.

Seu objetivo principal é apoiar as equipes da ESF na efetivação de suas ações e ampliar a abrangência e o escopo das ações na Atenção Primária, bem como sua resolubilidade. Busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada, buscando superar a lógica fragmentada e ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas

integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008). O trabalho deve ser desenvolvido em conjunto com a ESF, compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território.

“Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos” (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010, p.93).

O processo de implantação dos NASF vem ocorrendo nos estados e municípios da Federação, tendo como norte a Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. No entanto, diversas dúvidas e questionamentos surgiram acerca de operacionalização de suas premissas e do processo de trabalho das equipes, assim como sobre o modelo de atenção proposto, a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações e os resultados esperados da atuação desses trabalhadores, na interação com as equipes da ESF.

As primeiras equipes NASF começaram a ser contratadas e iniciaram seu apoio à ESF ainda em 2008. A lógica do trabalho foi estabelecida regionalmente, com base em experiências pregressas de atuação de equipes interdisciplinares ampliadas e a partir do entendimento dos gestores locais acerca da proposta.

A Secretaria de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, organizou uma publicação contendo os princípios e diretrizes do NASF, disponibilizada em 2010, no Caderno de Atenção Básica nº 27 da série Normas e Manuais Técnicos.

Nos três níveis do Governo e entre todos os agentes de saúde envolvidos com o cuidado de forma mais ampla, não havia clareza sobre as reais intenções do NASF. Muitos gestores, assim como as equipes da ESF, inicialmente se mostraram resistentes ao trabalho do NASF, pois esperavam uma lógica assistencialista tradicional. Poucos apostavam no modelo dialógico e de construção de saberes como qualificador da Atenção Primária.

Entre os trabalhadores, iniciou-se uma disputa corporativa com a abertura de mercado de trabalho para as 13 profissões da área da saúde. Tal fato somou-se ao desconhecimento da proposta e ao despreparo dos profissionais, resultado de uma formação inicial deficiente que gera a precarização do trabalho e consequente desqualificação da Atenção Primária.

Os Conselhos de Saúde tiveram pouca atuação e participação no início da implantação do NASF e ainda hoje buscam compreender sua forma de operar o cuidado em saúde e como formalizar espaços de produção desse cuidado.

O perfil profissional, a falta de preparo para a atuação no SUS e o pouco incentivo para a formação e a qualificação de outros profissionais da saúde, para além dos formados em medicina, odontologia e enfermagem, tornaram o processo ainda mais árduo. De acordo com NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010, p.95),

“a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade”.

As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial em seu aspecto meramente numérico. O principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, a referencialidade em detrimento da resolubilidade na Atenção Primária e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas.

O processo de trabalho do NASF pretende romper essa lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes e problematizando com profissionais e usuários dos serviços os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições que podem levar ao adoecimento, a situações de vulnerabilidade e até a morte (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador de suas ações e, de acordo com a Política Nacional de Humanização (2008), ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da atualidade, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde, o que favorece o trabalho em equipe.

Uma das ferramentas utilizadas com esse fim é o apoio matricial, também conhecido como matriciamento, definido por FIGUEIREDO (2007) como um arranjo tecnoassistencial que visa à ampliação da clínica das equipes da ESF, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, buscando maior resolubilidade em saúde.

O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para as equipes ESF, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada

por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados.

O projeto terapêutico singular designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2008). É definido especialmente nas reuniões de equipe, a partir da discussão dos casos, enfocando os determinantes do processo saúde-doença.

Já o projeto de saúde no território é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, num processo de articulação intersetorial que visa produzir impactos positivos na produção da saúde de um território determinado, investindo na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes propostos pelo NASF requer ainda a revisão crítica dos processos educativos e formativos desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior, com vistas à efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde. As DCN postulam que a formação dos profissionais da saúde deve estar voltada para o sistema de saúde vigente no país, ou seja, para o SUS, tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (ALMEIDA, 2003).

O NASF propõe repensar a formação, as competências necessárias para a atuação na ESF e, consequentemente, a forma como vêm sendo executadas as práticas em saúde. Traz como ferramentas a clínica ampliada, o matriciamento e o projeto terapêutico singular para a realização do cuidado ao usuário e a qualificação das ações das equipes.

A transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de

paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais.

Por se tratar de um processo ainda em construção, a implantação dos NASF requer espaços rotineiros de discussão de casos e planejamento para a definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores, na forma de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde no território.

As críticas e as dificuldades de implantação e efetivação da proposta do NASF persistem em muitos contextos. Sua implementação enfrenta inúmeros desafios decorrentes do entendimento desta tecnologia em saúde por parte da gestão, profissionais e usuários, com interface em questões clínicas, econômicas e sociais que precisam ser monitoradas, evidenciadas e avaliadas no cenário da Saúde Coletiva.

3.1.3 Competências para o trabalho em saúde

O trabalho em saúde é dinâmico, multifacetado e complexo, assim como o são as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades em seus diferentes territórios e contextos. É indispensável para conservação da vida e é produzido por meio de serviços e atividades - não tendo como resultado um produto material, uma vez que é consumido no ato de sua produção. É realizado por meio de práticas coletivas que integram diversas categorias profissionais (PIRES, 2000).

Para OLIVEIRA (2004, p.36), o trabalho é uma “ação transformadora em que se conjugam energias mecânicas e intelectuais (força de trabalho), conforme a finalidade buscada, para a satisfação de necessidades”. Dentre os diversos tipos de trabalho, MENDES -GONÇALVES (1992, p. 1) salienta que “um dos mais notáveis é o trabalho em saúde”, pois contribui para a construção de uma visão dinâmica e objetiva da realidade,

sendo uma ferramenta importante para transformá-la e por ter como objeto de atenção o ser humano.

Não é possível pensar em competências profissionais que abarquem todas as faces e interfaces do trabalho em saúde, em especial na Atenção Primária, mas pensar em possibilidades que potencializem as ações de saúde faz parte de nossa responsabilidade como profissionais da saúde.

O conceito de competência vem sendo discutido por diversos autores em diferentes áreas de conhecimento, como a educação, a sociologia, a administração, entre outras. Há grande diversidade de concepções, mas sempre intimamente ligadas e tendo como referência principal o mundo do trabalho.

A noção de competência ganhou maior importância com a delimitação das profissões e o aprimoramento dos conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas. Os empregadores passaram a demandar perfis qualificados para realizar tarefas e tornou-se necessário dominar técnicas para executar um determinado ofício.

A flexibilização dos processos produtivos na sociedade capitalista produziu o deslocamento da qualificação para a noção de competência, que, inicialmente, era vista como uma “lista de atividades/tarefas a serem cumpridas”. Progressivamente, passou-se de uma linha comportamental para uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos e comportamentais (NASCIMENTO, 2008).

Segundo PERRENOUD (1999), a competência resulta da combinação de diferentes atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) que configuram novas formas de realizar com sucesso as inúmeras atividades vinculadas à prática profissional. O mesmo autor também aponta que a construção dialógica de um perfil de competência deve partir da investigação dos processos de trabalho, em parceria com os profissionais nele envolvidos.

A competência também pode ser definida como estruturas ou esquemas mentais responsáveis pela interação dinâmica

entre os saberes prévios de cada indivíduo, construídos mediante a experiência, e os saberes adquiridos na formação, mediados pelo contexto e a realidade em que se inserem (RAMOS, 2001).

Para OLIVEIRA (2004), as competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. A competência deve mobilizar um saber em ato, a partir da relação com o outro, no dia a dia do trabalho (WITT, 2005).

Uma das competências fundamentais aos profissionais da ESF/NASF está relacionada ao estabelecimento de estratégias de ação a partir da interação com a comunidade, a fim de que esse “encontro” favoreça a compreensão da realidade locorregional, potencializando as capacidades dos profissionais para trabalhar os problemas sociais (OLIVEIRA, MARCON, 2007).

Nesta perspectiva de competência, o trabalho, a educação e a população interagem com as práticas profissionais em saúde, integrando diferentes saberes: saber conhecer (conhecimentos), saber fazer (habilidades), saber conviver e saber ser (atitudes) (DELORS, 2003).

A noção de competência para o trabalho em saúde pressupõe uma articulação de diferentes saberes para a construção de uma prática que contemple a aquisição de conhecimentos, habilidades e, acima de tudo, atitudes que possam transformar a realidade social e de saúde em cada contexto (NASCIMENTO, 2008).

3.1.4 Competências para atuação no NASF

O NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF. Para SCHRAIBER, et al. (1999), o conhecimento do objeto de ação no contexto da Atenção Primária e as possíveis intervenções no processo saúde-doença de indivíduos e grupos, requer múltiplos sujeitos e múltiplos conhecimentos, o que demanda a recomposição dos

trabalhos especializados, com vistas à assistência integral e multiprofissional.

Um dos problemas que afloraram com a implantação do NASF e que ainda não foi superado diz respeito à carência de profissionais com visão interdisciplinar, preparados para o trabalho em equipe e que incorporem novas tecnologias de cuidado à saúde em sua prática, levando em consideração a singularidade dos indivíduos.

Para PEDUZZI (2001), o trabalho em equipe multiprofissional é um tipo de trabalho coletivo em que ocorre uma interação recíproca entre diversas intervenções e sujeitos por meio da comunicação e da cooperação em situações objetivas de trabalho. Essa integração pressupõe um “agir comunicativo” técnico e ético.

A busca por profissionais “generalistas”, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS, passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas de vulnerabilidade e iniquidade, além da compreensão da complexidade de todos os determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado em saúde (NASCIMENTO, 2008).

A qualificação dos profissionais do NASF, assim como de todos os profissionais da saúde da Atenção Primária, deve visar ao desenvolvimento de competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas, estimulando o autocuidado e a emancipação dos sujeitos assistidos (OLIVEIRA, 2004).

Pensando no dia a dia do trabalho dos profissionais do NASF e nas ações desenvolvidas por eles junto às equipes da ESF e usuários, as principais atividades que compõem sua agenda

de trabalho atualmente são consultas, visitas domiciliárias, grupos terapêuticos, grupos educativos, ações intersetoriais e de promoção da saúde, reuniões de equipe e apoio/articulação da rede assistencial.

Por mais que possam parecer óbvias e bastante similares às atribuições de todos os profissionais da ESF, as diferenças estão na forma de atuação, que prima pelo compartilhamento das ações, além de ter como pano de fundo a clínica ampliada e o apoio matricial, ferramentas usadas transversalmente em todas as atividades.

Todas as ações realizadas pelos profissionais do NASF devem ser preferencialmente compartilhadas com as equipes da ESF, potencializando a construção de novos saberes, assim como para elaboração de projetos terapêuticos singulares mais efetivos, com a participação e envolvimento dos usuários.

Os espaços de atuação dos profissionais dos NASF não devem ser meramente de acolhimento das queixas e demandas dos usuários e das necessidades das equipes da ESF, mas espaços de problematização, reflexão, de efetiva resolubilidade e “empoderamento” de todos os envolvidos, a partir de um olhar ampliado para todas as dimensões e singularidades do cuidado em saúde, assim como propõe CECÍLIO (2011): individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Neste sentido, e levando em consideração a dinamicidade do trabalho do NASF nos diversos territórios, apoiando diferentes equipes de saúde, faz-se necessário refletir sobre as competências desejáveis a esses profissionais no cotidiano de suas ações.

Ao estudar os saberes em um programa de residência multiprofissional em saúde da família, que tem como foco a formação de profissionais para o NASF, foram identificadas competências relativas aos quatro saberes propostos por DELORS (2003), que podem nortear reflexões acerca das competências para atuação no NASF, conforme os quadros abaixo:

Quadro 1 - Competências relativas ao saber conhecer

- Ter conhecimento técnico/clínico e disciplinar adquirido na formação específica;
- Conhecer o território/comunidade, área de influência, área de abrangência e rede de atenção à saúde;
- Ter conhecimento ampliado sobre: políticas públicas, processo saúde-doença, relação interpessoal, atenção primária, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, planejamento estratégico, perfil epidemiológico, indicadores de saúde, trabalho em grupo (educativo e terapêutico), trabalho em equipe, promoção, prevenção, assistência e reabilitação, gestão, gerenciamento de recursos, matriciamento, projeto terapêutico, linha de cuidado e princípios e estratégias organizacionais da ESF;
- Ter conhecimento para fazer consulta, discutir um diagnóstico, prescrever e referenciar para outros níveis de atenção à saúde;
- Monitorar a qualidade de vida e intervir sobre os problemas de saúde da população com mudança nos indicadores;
- Ter uma visão humanista e ampliada do processo saúde-doença, capaz de contextualizar os sintomas físicos ao seu meio social, familiar e aos demais determinantes de saúde;
- Apreender a necessidade de trabalhar para além da técnica com: envolvimento afetivo, emocional e técnico com o trabalho, identificação pessoal com a ESF, comprometimento, compromisso, iniciativa, dinamismo, criatividade, pró-atividade, autonomia, flexibilidade, disponibilidade, atenção, respeito, diálogo sem hierarquia, preocupação com o outro, postura profissional, sensibilidade, vínculo, responsabilidade, organização e empreendedorismo para colaborar na inovação da prática na ESF;
- Ter conhecimento das limitações profissionais e buscar instrumentalização permanente.

Quadro 2 - Competências relativas ao saber fazer

- Valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto;
- Ter habilidade técnica específica;
- Ter olhar ampliado para saúde, promoção, prevenção e para o contexto familiar;
- Correlacionar teoria e prática problematizando a realidade;
- Trabalhar em equipe e discutir casos;
- Ter habilidade para abordar o paciente, acolher, escutar e cuidar;
- Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos;
- Ter postura profissional;
- Buscar parcerias intersetoriais;
- Construir planos de ação, projetos terapêuticos singulares e de saúde do território;
- Envolver-se com a comunidade, estimular a participação popular e envolvimento no conselho gestor;
- Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado;
- Saber fazer, com poucos recursos, equipamentos e instrumentos, utilizando a criatividade;
- Desenvolver atividades em grupo - educativo e terapêutico;
- Trabalhar com as famílias e com educação em saúde;
- Promover o cuidado, estimulando a autonomia do indivíduo;
- Reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade.

Quadro 3 - Competências relativas ao saber ser

- Reconhecer a constituição do sujeito e sua história de vida no contexto em que se insere;
- Ter espírito inovador, vontade, iniciativa, engajamento, envolvimento, responsabilidade, compromisso, comprometimento, interesse e proatividade;
- Ter respeito para com os usuários e colegas de trabalho e valorizar seus conhecimentos e opiniões;
- Ter uma postura profissional madura, humanista, atenciosa, acolhedora, afetuosa, sensível, facilitadora e resiliente;
- Ser um líder motivador sem autoritarismo;
- Dedicar-se à pesquisa e à busca de conhecimentos/informações;
- Acreditar no trabalho desenvolvido pela ESF e gostar dele.

Quadro 4 - Competências relativas ao saber conviver

- Dominar as tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta;
- Ter habilidade relacional;
- Respeitar as diferenças, valorizar o conhecimento do outro, estar aberto para o novo e para “trocas”;
- Respeitar os diferentes ritmos com diálogo;
- Ser capaz de se adaptar ao trabalho e resolver problemas;
- Ter uma postura acolhedora, flexível, aberta, respeitadora, responsável, sem hierarquia, afetuosa, dinâmica, engajada, envolvida e com olhar ampliado para a família;
- Respeitar o posicionamento do paciente frente ao seu tratamento;
- Construir vínculo com o paciente, família e coletividade.

Segundo LEONELLO (2007, p. 39),

“os quatro pilares da educação permitem compreender que a construção de competências implica articular os diferentes saberes para construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde”.

Para DELORS (2003), saber conhecer não se limita à aquisição de conhecimentos, mas ao domínio de instrumentos da esfera cognitiva, enquanto saber fazer não se restringe à execução de uma determinada tarefa apreendida de forma protocolar, mas a uma associação desse aprendizado com as aptidões pessoais e vivenciais no contexto da prática profissional. O saber ser requer comprometimento profissional com o contexto social, enquanto o saber conviver é um dos maiores desafios a serem enfrentados no contexto da formação profissional, pois implica conhecer-se e conhecer o outro, respeitando a diversidade e estando aberto para a construção coletiva de ações compartilhadas.

3.1.5 Finalizando

Os processos de trabalho na contemporaneidade são cada vez mais complexos e exigem uma abordagem ampliada e multiprofissional, que considere as relações de produção e a articulação intra e interinstitucional.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil vêm ganhando espaço e reconhecimento a partir de diversas experiências exitosas e contra-hegemônicas que vêm sendo suscitadas e revisitadas no cotidiano da ESF.

Existem ainda inúmeros desafios a serem superados e um deles está na necessidade de um conjunto de profissionais com saberes e competências para produzir novas formas de cuidado em saúde, que considerem a integralidade, a interdisciplinaridade, a vulnerabilidade e a singularidade de cada sujeito e das coletividades.

As equipes NASF devem impulsionar a transformação das práticas de saúde, assim como a incorporação de novas ferramentas de atenção à saúde - na perspectiva da clínica ampliada, visando implementar as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde de forma resolutiva e com qualidade no contexto do Sistema Único de Saúde.

3.2 A formação para a Estratégia de Saúde da Família com o advento dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família

A formação dos profissionais de saúde, no Brasil, passa por importantes mudanças em seu processo devido à existência de um distanciamento entre os perfis dos profissionais de saúde que saem da graduação ou de uma pós-graduação, e as reais necessidades dos serviços de saúde existentes.

As práticas de saúde contemporâneas passam por muitas transformações, considerando todo o advento do movimento sanitário no país, reforma sanitária, VIII Conferência Nacional

de Saúde, a Constituição Brasileira de 1988, bem como todo o arcabouço legal de criação e implantação do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, os serviços de saúde estão cada vez mais sendo construídos de forma descentralizada, multiprofissionalmente, valorizando a humanização dos cuidados de saúde, com foco na integralidade dos cuidados.

Para que essa ampla transformação ocorra de forma satisfatória, é necessário que os profissionais de saúde estejam conectados e muito bem qualificados para essas novas práticas.

Uma das tendências importantes na formação é a integração Ensino-Serviço-Comunidade. Existem diversas experiências internacionais e nacionais que demonstram a mudança do perfil do profissional formado em um vínculo que aproxima a construção do conhecimento com os serviços reais, ou seja, com o mundo do trabalho e com a vida das pessoas no seu cotidiano.

O desafio da formação no trabalho, os conhecimentos científicos, colados com os problemas reais dos serviços e das pessoas, desenvolvem nos estudantes a capacidade de construção de um conhecimento que é considerado muito concreto, do ponto de vista do enfrentamento das complexidades dos processos de saúde-doença e, desse modo, potencializam a capacidade resolutiva dos problemas.

A formação que oportuniza a aproximação do estudante com o mundo do trabalho e com a sociedade analisa de fato os problemas reais existentes e possibilita que a construção do conhecimento seja desenvolvida em bases sólidas e reais. Isso porque, muitas vezes, o ensino descolado da prática e alicerçado nas teorias científicas pode estabelecer lacunas com a realidade. Outra característica é que o estudo subjetivo dos processos mentais, muitas vezes, não facilita a resolução dos problemas objetivamente.

É importante que os serviços de saúde abram suas portas para o sistema educacional, integrando cada vez mais essas

possibilidades de relações. Isso vale, inclusive, para os serviços que recebem os estudantes e seus processos de ensino, fato esse que modifica os perfis de seus trabalhadores, que passam a se relacionar com a potência dos questionamentos diários, assim adquirindo uma nova energia, capaz de trazer possibilidades de ressignificação das práticas que já desenvolvem.

Para que o serviço seja um campo adequado ao aprendizado, faz-se necessário integrar os diferentes protagonistas: o ensino, com diretrizes claras dos objetivos a serem alcançados; o serviço, que precisa ter conhecimento de seu papel e responsabilidade ao receber alunos, tanto no nível da gestão quanto no nível do serviço; e a comunidade, que precisa estar ciente de que será coparticipante no aprendizado dos alunos. Sem clareza de todas as partes, corre-se o risco de acontecerem problemas que dificultarão a inserção dos alunos nos serviços de saúde.

Além da definição clara dos papéis de cada um dos atores, é importante lembrar que o profissional de saúde não tem competências para ser um educador. Para isso, é imprescindível que este profissional seja capacitado para exercer esse novo papel, através de oficinas em que são discutidas metodologias ativas de aprendizagem. Nestas, os profissionais têm a oportunidade de desenvolver competências adequadas à função de educador. Com isto, o serviço também é enriquecido, pois esse novo perfil do profissional de saúde permite que ele aplique o conhecimento na atenção à saúde do usuário, deixando a postura de “onipotência” no saber conduzir o tratamento, aprendendo a compartilhar decisões tanto com os usuários do serviço, quanto com profissionais de outras categorias.

3.2.1 Ensino orientado para a comunidade

Orientar o ensino para a comunidade significa assumir o compromisso de formar os futuros profissionais, garantindo-lhes as competências necessárias ao atendimento da coletividade a que deverão servir.

Para tanto, é imprescindível que o estudante possa conhecer, efetivamente, a realidade de pessoas e grupos que integram aquela coletividade, de modo a desenhá-la, em suas múltiplas facetas, compondo uma imagem o mais próxima do real. Embora a teoria seja essencial para o desvendamento de toda sorte de relações que se estabelecem no corpo social, ela não é, de per si, suficiente para dar conta do largo espectro de situações criadas no processo da interação entre homens e mulheres expostos aos desafios do cotidiano. Portanto, impõe-se extrapolar os domínios convencionais da academia, centrada no repertório livresco, na tradição da produção e disseminação regularizada do conhecimento, para ampliar as possibilidades de construção do saber.

É importante a aproximação da Universidade com outros segmentos, muitos deles distantes da prática acadêmica, de forma a tornar mais vívida a aventura da formação de novos profissionais e cidadãos.

Os objetivos centrais são propiciar aos estudantes a oportunidade de integrarem, precocemente, desde o primeiro momento de sua vida universitária, uma equipe de serviços de saúde e, simultaneamente, integrarem-se à vida de uma comunidade particular, visando ao exercício de práticas para provocar e estimular a reflexão acerca da dimensão sócio-político-cultural que envolve, inevitavelmente, a atuação dos trabalhadores em saúde.

O SUS não só atua visando à recuperação da saúde da população, mas também é o responsável por práticas de prevenção, notadamente os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e educação em saúde, os quais são realizados pela rede pública, quase que exclusivamente.

Assim, torna-se imperativo, na formação do futuro profissional, conhecer e compreender essa realidade, para que possa lidar competentemente com os desafios que lhe forem lançados. Esta é uma possibilidade de aprendizagem

significativa, visto que, na realidade profissional, muitas vezes, é preciso desenvolver a capacidade de adaptação a novas proposições que surgem, independentemente do desejo ou decisão do profissional de saúde.

Por meio dessa integração do ensino no serviço, o estudante tem a oportunidade de não só conhecer a realidade dos serviços públicos de saúde, identificando a sua extensão, organização e resolutividade, bem como os fatores de entrave para um melhor desempenho, mas também conhecer a coletividade que demanda esses serviços: os usuários.

É importante saber como a comunidade se organiza, quais os mecanismos institucionais de que dispõe para o encaminhamento de suas reivindicações e qual o grau de participação nas instâncias de controle social do SUS, a saber: Conselho Gestor da Unidade de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conferências de Saúde.

Esse é um espaço riquíssimo para que o estudante confronte teoria e prática, estabelecendo entre ambas um diálogo fecundo, por meio do qual, ao “estudar nos livros” um determinado tema, ao buscar soluções para um problema trabalhado, será instigado a verificar como o fato acontece na realidade viva dos serviços de saúde e da comunidade, treinando o seu olhar para captar as mensagens e os ensinamentos que essa vivência proporciona.

De outra parte, ao ser “tocado” por tal realidade, o estudante poderá sentir-se estimulado a estudar mais, para encontrar as respostas de que precisa, a fim de compreendê-la melhor. E neste jogo simbiótico, em que conhecimento científico e observação direta da realidade interagem, o aluno sai fortalecido, porque amplia seu horizonte, porque se expõe à experiência de novas situações e porque alarga as possibilidades de se expressar como ser e como cidadão.

Evidentemente, um programa dessa natureza requer parcerias bem construídas entre o poder público e os órgãos

de ensino, objetivando assegurar um espaço de aprendizagem nas unidades de saúde, bem como o acesso dos estudantes à comunidade por estas servida.

O estabelecimento dos canais de comunicação deve garantir que dificuldades sejam tratadas, num primeiro momento, internamente, no âmbito de cada uma das instituições.

Quanto à articulação com a comunidade, por se tratar de um universo mais amplo e multifacetado, torna-se difícil estabelecer, a priori, os canais de comunicação. Todavia, impõe-se registrar a necessidade de se estar atento para evitar que ensino ou serviço imiscuam-se em questões internas, em disputas entre grupos, ou quaisquer atividades que possam ser entendidas como assunção de posições em prol de um único segmento da comunidade. É preciso que ela seja articulada em seu todo e, para isso, o caminho mais seguro é a eleição de prioridades que reflitam os interesses comuns e se sobreponham aos particulares.

Os objetivos do programa são diversos; através da vinculação a uma equipe de saúde da família, o aluno tem a oportunidade de construir um trabalho juntos aos profissionais e usuários, conhecendo a realidade do SUS e da comunidade vinculada à equipe; exercitar habilidades interpessoais que lhe permitem trabalhar em equipe interdisciplinar e multiprofissional; fazer a transposição dos conceitos teóricos aprendidos na academia para a realidade. O aluno tem ainda a oportunidade de desenvolver competências para o trabalho em saúde, além de desenvolver habilidades de comunicação e relação interpessoal, análise dos processos de trabalho e de aprender a construir soluções para resolver as dificuldades enfrentadas pela sua população. Seguramente, trata-se de um espaço em que o aluno se apropria dos conceitos do SUS através da vivência em uma equipe de saúde (CABRAL, 2001).

3.2.2 Um pouco de história

Em 1999, teve início o Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade - PINESC, quando eram realizadas atividades em UBS. Vale ressaltar que os Cursos de Medicina e de Psicologia da UNIDERP foram uns dos primeiros cursos inovadores que se implantaram no país. O PINESC, já em 2001, passou a ter as equipes de saúde da família como locus, e médicos e enfermeiros como preceptores de alunos dos 1º, 2º, 3º e 4º semestres. No primeiro ano, os alunos praticamente “treinam o olhar” para conhecerem a realidade das equipes e das famílias, auxiliando nas visitas, conhecendo o controle social e realizando trabalhos de educação em saúde. No segundo, por sua vez, adotam famílias e gestantes, as quais acompanham diretamente por meio de visitas. No terceiro ano, os alunos apropriam-se dos sistemas de informação disponíveis a fim de entender melhor os indicadores de saúde (CABRAL et al, 2008).

Para assegurar uma interlocução adequada, a UNIDERP tem um coordenador do PINESC e supervisores acadêmicos específicos para cada semestre letivo, e a Secretaria, um articulador da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um do Programa de Saúde Mental, além dos preceptores, que se reúnem mensalmente, a fim de estabelecer um espaço permanente de construção da organicidade de uma proposta pedagógica desse porte. Os resultados demonstraram que é inequívoca a vocação da ESF para acolher os acadêmicos do PINESC, que continua em pleno funcionamento. Dentre as dificuldades encontradas, está a de manter o aluno vinculado, durante os quatro anos de estágio, na mesma equipe, já que esta era uma premissa do programa. E como ainda há certa mobilidade de médicos na estratégia, quando um preceptor sai da equipe e seu substituto não quer ou não tem perfil para assumir a preceptoria, é preciso mudar o grupo de lugar. Ou ainda, quando um preceptor experiente muda de equipe,

prefere-se mudar os alunos de lugar, a correr o risco de uma mudança de preceptor. Além disso, nem toda a equipe entende seu importante papel nessa integração, uma vez que apenas os preceptores são remunerados. Entretanto, não há como negar que essa experiência tem trazido vantagens tanto para o ensino, quanto para o serviço, na medida em que forma profissionais conhecedores da prática do SUS, e transforma o serviço em local de aprendizagem, inclusive para os próprios trabalhadores.

Em 2003, foi firmado convênio entre as referidas instituições (UNIDERP-SESAU), criando o Programa de Estágio Supervisionado em Atenção Primária - PESAP, que observa a mesma lógica do PINESC e dá continuidade à proposta pedagógica inovadora do curso. Frente a isto, o curso de medicina da UNIDERP iniciou, em 2004, o PESAP, pelo qual o aluno dos 9º e 10º semestres fica, por volta de seis meses, em dois períodos de três meses, vinculado a uma equipe de Saúde da Família, em período integral. Cada preceptor fica com dois alunos de 5º ano. Vale destacar que, apesar de não ter sido previsto, ao fim, o Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade - PINESC, que inclui alunos dos 1º, 2º, 3º e 4º semestres, prepara o aluno para a realização do estágio em atenção primária, uma vez que, ao chegar, já está familiarizado com a realidade da periferia urbana, com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o funcionamento de uma USF, com a burocracia do SUS; em síntese, está pronto para integrar a equipe e se tornar um membro útil para, sob supervisão, colaborar com o serviço. Os preceptores acabam tendo de estudar para a preceptoria e têm nos alunos a oportunidade de apoio, inclusive nas ações clínicas. Tal postura da UNIDERP, ao trabalhar com uma proposta inovadora de aprendizagem baseada em problemas no Curso de Medicina, já tem rendido inclusive o interesse por parte de egressos em aderirem à ESF, já que vivenciaram na prática o dia a dia do trabalho com famílias.

Quando o PINESC foi implantado na rede municipal de saúde, definiu-se que seria implantado no Distrito Sanitário Norte, em unidades de saúde de atenção básica, outras de saúde da família e finalmente em unidades mistas, onde funcionavam também os serviços de pronto atendimento. Essa organização, constituída de dois profissionais que atuavam como médicos de família e outros que atuavam na atenção básica, tinha como um dos objetivos avaliar o impacto causado pela inserção dos alunos na rede de serviço. Observou-se, após algum tempo, que os médicos que atuavam na estratégia de saúde da família tinham perfil mais próximo ao traçado pelo curso de medicina, realizando ações próprias da estratégia, tais como maior responsabilização pela clientela, atividades em promoção à saúde, planejamento do trabalho e assim por diante. Essa observação da dinâmica do serviço levou a coordenação do programa a mudar os rumos do PINESC. Resolveu-se, então, inserir os alunos onde havia equipes de saúde da família, desconstruindo o desenho inicial que obedecia à lógica da inserção de estudantes no distrito sanitário norte. Deve-se dizer que a transferência destes para outras unidades de saúde gerou desconforto nos mesmos, que tinham como pressuposto sua inserção na mesma unidade de saúde por quatro anos. Por fim, os estudantes se adaptaram à nova realidade, passando a entender o motivo da mudança. E assim está organizado o serviço desde então, com dificuldades próprias por envolver diversos atores, mas com fortalezas que justificam o seu enfrentamento. Essa inserção foi significativa, resultando, nos últimos anos, em profissionais egressos da faculdade atuando na estratégia de saúde da família do município de Campo Grande.

Uma das formas para lidar com as diferenças de formação dos médicos foi a realização mensal de rodas de conversa entre os profissionais que atuam como preceptores e a coordenação do PINESC, para discutir como seriam alcançados os objetivos do programa, bem como para resolver eventuais problemas com

estudantes ou com o serviço. Essa dinâmica tem funcionado bem desde o início do curso, apresentando-se como uma das fortalezas do programa.

O PINESC proporciona a todos os atores envolvidos um crescimento tanto profissional quanto pessoal. Quanto ao aspecto profissional, a convivência com o ensino desencadeia no preceptor a necessidade de constante atualização relativa aos temas mais diversos e enriquecimento no aspecto pessoal, além disso, leva a uma maior motivação para planejar e executar melhor as atividades, trabalhando emoções e compartilhando vivências, melhorando, pois, a autoestima do profissional. Essa é uma observação pessoal, pois tive a oportunidade de fazer parte do corpo de preceptores por 10 anos, um período riquíssimo de reflexões a respeito da qualidade do serviço prestado, das fortalezas e entraves da rede de saúde de Campo Grande. Acredito ainda que esses profissionais que atuam na preceptoria são mais sensíveis às necessidades da população, tendo desenvolvido competências para melhor lidar com as necessidades do serviço e de sua população.

Os alunos de 5º ano são lotados em unidades de saúde da família durante 14 semanas, em período integral, com um período de 4 horas semanais dentro da academia para discussão de casos e atualização em temas frequentes, por ciclos de vida.

Em 2008, foi implantada a residência médica em saúde da família na UNIDERP-ANHANGUERA, com duração de dois anos. O cenário para a atuação do residente em saúde da família foi definido próximo à área de abrangência da minha equipe de saúde da família, ocasião em que tive a oportunidade de exercer também a função de tutoria. O serviço foi selecionado pela aceitação da figura dos alunos do PINESC pela comunidade, pois esta sempre encontrara naqueles a figura do indivíduo que “acolhe”. Assim, foi selecionada uma área com cerca de 1000 indivíduos. A residente cujo currículo obedecia às diretrizes nacionais de residência médica e que passou

na seleção foi egressa do curso de medicina da UNIDERP-ANHANGUERA. O cenário de atuação dessa residente era a sua área de abrangência, ambulatorios de atenção secundária e terciária. Semanalmente, havia discussão de casos com toda a equipe - dois agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem, enfermeira-, com o preceptor de território e com o tutor; o objetivo era traçar as metas para resolver os problemas das famílias de maior vulnerabilidade, obedecendo à lógica da discussão com profissionais com outros núcleos de competências. Também eram realizadas discussões com tutores especialistas, dentro da universidade, com objetivo de fazer uma revisão sistemática de conteúdos médicos.

O agendamento de consultas obedecia à lógica de demanda programada e ao acolhimento da demanda espontânea pela enfermeira, responsável pela escuta qualificada, por meio da qual se observavam certamente sinais e sintomas apresentados pelo usuário e o grau de vulnerabilidade do indivíduo, sem, entretanto, aplicar nenhum protocolo fixo. Com os dados levantados, era possível identificar se o atendimento era ou não imediato ou se era possível agendamento de consulta para outra data, ou ainda se era necessário agendamento de consulta médica ou não. Enfim, todos os usuários eram acolhidos e era demandada alguma ação para resolver a necessidade do usuário.

As atividades de promoção à saúde eram feitas em rodas de conversas em ambiente externo, sempre se evitando as palestras. Os temas eram retirados de problemas da comunidade. As visitas domiciliares eram realizadas de acordo com a classificação de risco das famílias, sendo visitados todos os egressos de internações, os pacientes referenciados para a atenção secundária, ou os pacientes em tratamento em outros serviços fora da rede pública de saúde. O objetivo das últimas visitas era o gerenciamento do cuidado, quando se observou a fragmentação do cuidado na atenção à saúde do usuário, com pouca ou nenhuma informação dos outros segmentos dos

serviços de saúde, gerando confusão nas orientações a serem seguidas. Essa ação provocou nos usuários maior vinculação à equipe de saúde pelo paciente e maior adesão a tratamento proposto, fator este marcante, que demonstrou a importância da comunicação entre os serviços e a equipe de saúde da família.

As dificuldades vivenciadas foram aquelas inerentes ao trabalho em equipe, numa estrutura com organização vertical, com pouca autonomia de serviço em organizar suas ações, com serviços de atenção que não se comunicam, dificultando o exercício da integralidade da atenção ao sujeito. Apesar dessas dificuldades, o período promoveu o crescimento do serviço, das pessoas envolvidas e até mesmo dos usuários que se habituaram a participar das decisões da equipe de saúde.

As vantagens dos programas

O modo de aprender, baseado em situações reais, nas quais o aprender está conjugado ao fazer, representa um ganho não só para o aluno, mas também para o serviço de saúde, pois os profissionais de saúde que atuam nessa linha desenvolveram competências para realizar a atenção integral ao usuário, com desenvolvimento de PTS e o planejamento das ações de trabalho. Desta forma, as equipes que trabalham tanto no PINESC, quanto no PESAP, estão sensibilizadas para a implantação de uma nova forma de organização do serviço, utilizando o acolhimento e os conceitos da clínica ampliada para melhorar a qualidade da atenção à saúde dos indivíduos.

3.2.3 As características do serviço

Em recente artigo, Juan Gervás (2011), que fez uma análise do trabalho junto a diversas equipes de saúde no Brasil, apontou como uma das características a organização dos serviços de forma vertical, com pouca autonomia dos trabalhadores em saúde na parceria para se organizar o trabalho, sendo a produção de procedimentos uma atividade fim do serviço e ainda funcionando

como indicador de qualidade em saúde. Segundo o autor, isso pode levar a uma não responsabilização do trabalhador pelo trabalho realizado ou, pelo menos, ao distanciamento entre gestão e trabalhadores em saúde. Essa lógica contraria os princípios descritos na Política Nacional de Humanização, que, em um dos artigos, menciona a necessidade da cogestão no trabalho das equipes, entendendo que o trabalho tem que ser organizado de acordo com as características sociodemográficas do território no qual a equipe se insere, respeitando-se o saber de usuários e trabalhadores. A discussão da PNH, que vem ocorrendo em todo o estado, terá oportunidade de minimamente aproximar gestão e trabalhadores, desencadeando com essa ação melhorias nos serviços de Atenção à Saúde. Junto a essa discussão, é necessária a reavaliação dos fluxos de referência a serviços de média e alta complexidade, além de reavaliar se os protocolos implantados para a regulação estão ou não promovendo uma burocratização excessiva do serviço, gerando uma situação de iniquidade em relação aos usuários.

3.3 A Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Possibilidades de composição tecnológica na formação e educação permanente de trabalhadores no contexto do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua implantação e ampliação da Atenção Primária à Saúde, definida como o primeiro contato na rede assistencial de saúde. Esta compreende atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação

familiar), a orientação comunitária e a competência cultural. A complexidade desse conjunto implica a utilização de saberes de variadas origens, tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento (cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer e outros), compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Como componente estruturante da atenção primária e do sistema de saúde brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem provocado um importante movimento no intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS em novas bases tecnológicas e modalidades assistenciais.

3.3.1 Educação Permanente para a qualificação dos serviços de Saúde

A reorientação das estratégias dos modos de cuidar e acompanhar a saúde individual e coletiva tem provocado importantes repercussões nos modos de ensinar e aprender, fortalecendo meios de crítica, reinvenção e reorganização da formação e educação permanente dos trabalhadores no propósito de qualificar com seriedade os sujeitos, conferindo-lhes maior capacidade de intervenção e autonomia, como também de criar condições para o desenvolvimento de competências para cuidar e gerir os processos de trabalho cotidianos.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, considerando que no trabalho também se aprende e se analisa a situação de saúde das pessoas, as necessidades educativas dos trabalhadores, as quais podem ser articuladas a projetos político-pedagógicos das Instituições de Ensino, de modo que se possam articular entre os entes federativos as ofertas de formação e educação às necessidades das pessoas e do serviço.

Nesse sentido, têm sido ofertadas ferramentas e estratégias de intervenção com foco na educação permanente, como os

programas de extensão universitária, as redes de pesquisa, as tecnologias virtuais, que possibilitam a interação entre os indivíduos e coletivos em um ambiente que permita a troca dinâmica de informações e experiências, facilitando ainda a sistematização de tecnologias de gestão e de cuidado que privilegiem a possibilidade de visualizar e compartilhar inovações e diferentes modos de fazer. Cabe, portanto, aos setores de educação permanente intra e intersetoriais articular políticas, estratégias, ferramentas, metodologias educativas, apostando em sua capacidade de produzir mudança paradigmática na educação, saúde e trabalho das instituições.

Atividades de avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ)

1. Autoavaliação : os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los através de estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos poderão potencializar os demais processos em desenvolvimento, na medida em que contribuirão para a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional;
2. Ressignificação de conceitos, introdução de novos arranjos (apoio matricial - Equipe de Referência - Projeto Terapêutico);
3. Intervenção proposta por ações educativas e ações de enfrentamento às dificuldades apontadas - coloque no papel uma coluna para desafios e outra para os enfrentamentos.
4. Relatos de Experiência - reconhecimento de experiências vividas com valorização dos agentes de mudança.
5. Construção, junto com o grupo, de uma composição de apoio matricial em seu processo de trabalho.

Momentos Autoavaliativos

A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se tanto mais efetiva quanto permita identificação dos nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como a avaliação das conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas. A organização de momentos autoavaliativos deve contribuir com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos, proporcionando aos participantes reflexão, discussão sobre as suas práticas e as possibilidades de mudanças.

Momentos do processo autoavaliativo:

Momento I - Sensibilização da gestão e apresentação das estratégias de implementação, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho;

Momento II - Sensibilização dos gestores e equipes-profissionais da atenção primária para a escolha e utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e importância do planejamento para a implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis;

Momento III - Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes-profissionais, comunidade, entre outros;

Momento IV - Elaboração da matriz de intervenção e construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e qualidade dos serviços da Atenção Primária;

Momento V - Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

Monitoramento dos indicadores

O monitoramento deve ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na atenção à saúde. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir mudanças para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Além de promover aprendizado institucional e responsabilização, deve reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados.

3.3.2 Educação Permanente e Apoio Institucional

Quando se situa a educação permanente na perspectiva de mudança institucional, a questão do aprendizado supera o conceito tradicional atribuído à educação de pessoal, principalmente a capacitação e treinamento, por serem mais adequadas à educação infantil, convertendo-se em ferramenta de intervenção e apoio institucional.

Isto significa que, para entender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apoiam a persistência e a mudança institucional, a micropolítica do processo de trabalho enquanto espaço não neutro, carente de revisão acerca de regras incorporadas nos modos de pensar, sustentando hábitos de trabalho de grande estabilidade no tempo. Se a Educação Permanente em Saúde for considerada na perspectiva de apoio institucional, o que se descobre é que o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras) que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso. Limitar a tarefa

educativa à aula parece resquícios dos processos cognitivos da instituição escolar transportados para o campo da organização. Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissolivelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas. (DAVINI, 2009)

Partindo desse pressuposto, a vinculação de estratégias de educação permanente à metodologia de apoio institucional²² deve ser pensada como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento supervisão e avaliação em saúde. As ações de apoio institucional atuam no princípio da cogestão de coletivos que se organizam, transformando as relações de supervisão e os modelos de gestão²³, ampliando os graus de democratização, autonomia, emancipação e de compromisso entre gestor, apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas desses sujeitos.

22 Segundo Dejours, o reconhecimento transforma o sofrimento oriundo do trabalho em prazer, no sentido de constatação/reconhecimento da realidade, que implica o reconhecimento da imperfeição da ciência e da técnica, das falhas organizacionais do trabalho prescrito e do recurso indispensável à contribuição dos trabalhadores para fazer funcionar o processo de trabalho; Teoria do reconhecimento: o desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer estão diretamente relacionados ao olhar do outro, e aos mecanismos de reconhecimento decorrentes desse olhar;

23 Apoio Institucional defende a proposta de “pensar a gestão de coletivos não somente com objetivos da produção de bens ou serviços, mas também como espaço de função pedagógica e terapêutica, onde se produziria aprendendo e, ao mesmo tempo se reconstruiria a própria subjetividade. (O fator Paidéia do Método da Roda”- Campos, 2005); A PNH aposta na co-gestão como elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho, tomando todo esse processo como obra coletiva ; São duas políticas transversais que se complementam em estratégia e método;

A prática do Apoio Institucional está inscrita num processo de crítica e reinvenção dos modos de fazer atenção-gestão nos espaços coletivos. Crítica aos limites e problemas de práticas de gestão autoritárias, centralizadas; às práticas de não reconhecimento da história e da potência do outro; às práticas que pressupõem a mera reprodução de modos de fazer; às práticas que desconsideram a importância de processos de subjetivação, para reinventar novos modos de fazer que reconheçam e valorizem as potencialidades e produzam liberdade e compromisso.

No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Primária, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como desenvolver o sentido de equipe e estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento, discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo protagonismo, autonomia e cidadania, dentre tantos outros, de modo que a introdução da dimensão do apoio institucional, no âmbito da APS, procure dialogar com a necessidade de as gestões municipais, estaduais e federal ofertarem dispositivos que contribuam para a superação dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde.

A organização do apoio institucional, enquanto dispositivo para implementação de políticas no âmbito municipal, requer relevância e resgate das experiências positivas vivenciadas pelos municípios e estados, assim como das dificuldades enfrentadas pelos mesmos. Diante disso, a constituição dos papéis de “apoiador” e de “apoiado” se sustenta no encontro de diversificadas experiências dos sujeitos e requer a conciliação de arranjos fixos de organização do processo de trabalho com a variabilidade dos problemas e dos saberes e práticas que podem resolvê-los (NUNES, 2011, apud PMAQ).

Nesse sentido, o apoio institucional deve permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como facilitar o exercício de

autoanálise pelas equipes. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes-coletivos apoiados deve estar atrelada a um esforço de potencialização (reconhecimento) das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização, ao mesmo tempo em que pactua responsabilidades entre os sujeitos.

A centralidade do apoio institucional para melhoria do acesso e da qualidade está associada à ideia de que os esforços realizados pelos gestores e pelos trabalhadores das Equipes de Atenção Primária convergem no sentido de qualificar tanto os trabalhadores, quanto as ações de saúde e, por isso, devem ser alimentados pelo encontro das diversas experiências, de modo a potencializar os resultados produzidos pelo trabalho desses atores. O apoiador deve ajudar as equipes a colocar o próprio trabalho em análise, produzir alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios, bem como para o reconhecimento das experiências exitosas e produção de um novo sentido para o trabalho, e a preencher lacunas entre o prescrito e o real.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores (PMAQ):

- I. Discussão das necessidades e prioridades de saúde diagnosticadas no território e, em função destas, realizar a montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano;
- II. Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;
- III. Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares;
- IV. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- V. Análise de indicadores e informações em saúde;
- VI. Facilitação de processos locais de planejamento;
- VII. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
- VIII. Mediação de conflitos, buscando ajudar na

conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.

Os resultados que se constroem nesse processo, por sua vez, deveriam estar acompanhados ou articulados com dispositivos de mudança nas organizações, de modo que os avanços não sejam desconsiderados, nem reduzidos às mesmas rotinas. Daí a importância de se engajar e articular a educação permanente do pessoal com novos estilos de gestão dos recursos humanos. O procedimento é particularmente importante quando o objetivo da capacitação não pretende reforçar as práticas vigentes nas instituições de saúde ou educação, mas ao contrário, procura facilitar a mudança nas “regras do jogo” das práticas. É o que se denomina, habitualmente, “mudança do modelo de atenção” (DAVINI, 2009).

3.3.3 Apoio matricial

A terminologia “apoio” sugere uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialistas não com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. Já o termo “matriz”, na sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, pressupondo uma relação entre si, tanto na vertical, quanto horizontal e linhas transversais.

O conceito de apoio matricial apresenta dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico que vão produzir, respectivamente, ação clínica direta com os usuários e ação de apoio educativo com e para a equipe de referência. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Temos, portanto, que apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e

uma metodologia para gestão do trabalho e desenvolvimento do conceito ampliado de saúde.

Portanto, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais de referência e que contribui com a construção de saberes e com o aumento da capacidade de resolução dos problemas de saúde da população do território circunscrito. O apoio matricial deve assegurar a retaguarda especializada às equipes e profissionais e, ainda, o apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Para tanto, pressupõe a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Sem dúvida, é uma forma de criar possibilidades para a ampliação do trabalho clínico e sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. O apoio matricial fortalece o rearranjo organizacional buscando deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, apostando no poder de gestão da equipe multidisciplinar. Busca também personalizar o sistema de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio²⁴.

3.3.4 Planejando uma Roda de Conversa de educação permanente para desenvolvimento da tecnologia de apoio matricial

O Método da Roda, (CAMPOS, apud CUNHA) na perspectiva

24 A PNH distingue ações e dispositivos para o exercício da co-gestão em dois grupos: O primeiro grupo diz respeito a organização do espaço coletivo da gestão que permita o acordo entre os interesses e desejos tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores; O segundo grupo refere-se aos mecanismos que viabilizem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde; Estes devem facilitar o vínculo e a protagonização na produção da saúde;

de contribuir com a cogestão de coletivos organizados para a produção, valoriza o compromisso com a gestão e com o resultado do trabalho, de modo a produzir autoanálise, autogestão, bem como aumento da capacidade de análise e cogestão do trabalho.

Situação - Problema

A situação-problema será descrita considerando o problema institucional e a necessidade de saúde em interface com a educação permanente e humanização.

O contexto

Considerando os desafios para consolidar os princípios do SUS e da APS, a Secretaria Municipal de Morrinhos se debate no propósito de atender à crescente demanda dos usuários, por procedimentos clínicos. O problema se complica nas situações de epidemia como a dengue, a gripe e outras viroses, quando é preciso concentrar esforços na atenção curativa, exigindo concentração de força de trabalho.

Nesse contexto, foram adiados os cursos de verão que preveem deslocamento de servidores para salas de aula durante expediente de trabalho, mantendo a programação de educação permanente em saúde refém da situação de doença da população. A Diretoria de Educação Permanente organizou uma Roda de Conversa para problematizar a estratégia de educação permanente e construir hipóteses de solução para os anos seguintes.

O problema e a interface com a educação permanente

Em Roda de Conversa entre as coordenadorias da atenção primária e a equipe de educação permanente, esse desconforto foi explicitado pelas seguintes falas:

Sônia (CAB): - *Prezados, a agenda de cursos direcionados à atenção primária está suspensa devido à epidemia de dengue, mas, de qualquer modo, precisamos pensar outras práticas educativas, de modo a não interferir no cotidiano*

do trabalho. Todos os anos enfrentamos esse problema e os próprios servidores têm questionado a multiplicidade e coerência das ações educativas. Vamos rever a programação de cursos organizados pelo nível central, de modo a relacionar a demanda com a necessidade de saúde e propor um programa de formação e educação permanente para os trabalhadores, introduzindo tecnologias de articulação ensino-serviço e/ou ensino a distância. Convém adotar inovações já para o próximo mês na Programação da Hanseníase.

Mariana (Educação Permanente): - *Acho importante aprofundarmos essa discussão para além do desconforto aqui explicitado, construindo novos modos de se fazer educação dentro da proposta político-pedagógica da educação permanente, que resgata o conceito de aprendizagem significativa, tendo os serviços como local de aprendizagem²⁵ , contribuindo, assim, para a superação da dicotomia teoria-prática, ensino-serviço.*

Vera (Programa da Hanseníase): - *Neste caso, as atividades educativas programadas para 400 trabalhadores tornam-se inviáveis. Se não é recomendado deslocar todos, podemos capacitar uma parte deles, que serão multiplicadores em seus processos de trabalho?!*

Sônia (CAB): - *Isso mesmo, Vera. Coloque em ação esta proposta a ser evoluída na perspectiva de matriciamento.*

Mariana: - *Bom, pelo andar da carruagem, parece lógico propor às demais coordenadorias e serviços uma roda de conversa e/ou oficina de educação permanente para desenvolvimento desse conceito e construirmos possibilidades*

25 Para alguns autores, esse conceito foi desenvolvido por Paulo Freire; Outros autores afirmam que decorreu do movimento institucional, quando se estabeleceu espaço para gestão do trabalho e da educação. Para desenvolver esse conceito, o Ministério da Saúde aposta no apoio matricial, tanto que instituiu e regulamentou a Política Nacional de Educação Permanente e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho e desenvolvimento do conceito ampliado de saúde.

de arranjos organizacionais, na perspectiva de apoio matricial às equipes de referência.

Vera : - *Concordo, pois precisamos elucidar o significado dessa metodologia que se utiliza para gestão da educação e do trabalho em saúde. Então, o que antes chamávamos de multiplicadores, chamaremos então de apoiadores? As equipes de referência são equipes de especialistas?*

Mariana : - *É natural essa confusão. Primeiramente vamos diferenciar o trabalho dos multiplicadores que utilizam a Pedagogia Tradicional²⁶ nas capacitações e treinamentos. Essa metodologia de ensino dicotomiza teoria e prática, desconsiderando os saberes do aluno-trabalhador. Essas práticas fomentam o descompromisso de ambas as partes com o processo de ensino-aprendizagem. Esse tipo de organização e gestão do trabalho surgiu com o Taylorismo²⁷.*

Em contraposição, o apoio matricial é um trabalho coproduzido entre o Sujeito Institucional (gestores-apoiadores institucionais), os Sujeitos Cuidadores (equipes de referência-apoiadores especialistas) e os Sujeitos Demandantes de Cuidado (usuários) e, por isso, implica, nesse processo, um nível maior de compromisso com o processo de ensino-aprendizagem. É o que se chama de trabalho biopolítico²⁸. No entanto, o que se

26 A pedagogia Tradicional ou da transmissão, pedagogia Nova, adotam práticas pedagógicas não críticas, das quais as mais comuns são a capacitação, o treinamento; O instrutor se preocupa em ensinar, sem compromisso com o aprendizado do aluno.

27 O Taylorismo surgiu como proposta de organizar o trabalho material, através da comunicação, informação, publicidade, gerenciamento, etc Estudou tempo e movimento dos trabalhadores, sistematizou e fragmentou o processo de trabalho conforme o modo capitalista de produção. O Matriciamento propõe inversão dessa lógica, congregando gestão do trabalho e educação permanente, ampliando possibilidades de realizar-se clínica ampliada, com ampliação do trabalho clínico e sanitário e socialização na produção de conhecimento.

28 O trabalho biopolítico decorre do trabalho imaterial e por isso é co-produzido. “É preciso insistir sobre o fato que a atividade implicada no trabalho imaterial permanece, ela mesma, material- ela engaja nosso corpo e nosso cérebro, como todo trabalho. O que é material é seu produto. E, desse

pretende com o apoio matricial é fazer o caminho inverso do Taylorismo, ou seja, fomentar a socialização na produção de conhecimentos e isso implica sempre a construção coletiva do Projeto Terapêutico que pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) Atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) Em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, o mesmo programa para si mesmo uma série de atendimentos ou intervenções especializadas e, junto com a equipe de referência, buscam (re)definir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família, ou à comunidade;
- c) O apoio pode ser também troca de conhecimentos e de (re)orientações entre equipe e apoiador, diálogo permanente sobre alterações na avaliação e conduta terapêutica antes adotadas, permanecendo o caso, contudo, sob cuidado da equipe de referência.

O impasse

Paulo (Gestor municipal): *É, Mariana, é até bonito ouvir tudo isso, mas me desanima pensar nos inúmeros obstáculos a transpor. A começar pela tão almejada integralidade da rede de serviços. Não vejo como superar obstáculos estruturais do sistema e conectar sistemas de referência e contrarreferência e os Centros de Regulação com seus protocolos e regulamentações,*

ponto de vista, nós admitimos que a expressão trabalho imaterial é bastante ambígua. Talvez, por isso, seja preferível falar de trabalho biopolítico, isto é, um trabalho que cria não somente bens materiais, mas também relações e, em última instância, a própria vida social. (Hardt & Negri , apud Ricardo Teixeira)

que pouco se comprometem com a inclusão do usuário na rede de serviços, de tão envolvidos que estão na disputa pela autonomia e governo das ações e serviços de saúde. O que está em jogo é autonomia do protocolo x autonomia do profissional x autonomia gerencial.

Sônia (CAB): *Pois é, Paulo, o conceito de apoio matricial também propõe uma resignificação sobre a hierarquização da rede de serviços quando entende a atenção primária à saúde como necessidade básica, porém de extrema complexidade.*

Júlio (Coordenador de Saúde Bucal): *- Concordo, Sônia. Aos poucos os limites de atenção primária foram ampliados, demandando retaguarda especializada e qualificação dos profissionais da atenção primária. Por isso temos problemas de difícil solução na organização das ações de Saúde Bucal, a exemplo da Prótese Dental, considerada pelo Ministério da Saúde como necessidade básica ao usuário e, ao mesmo tempo, um procedimento de extrema complexidade segundo os conselhos de odontologia. Talvez possamos retomar a discussão, com propósito de organizar apoio matricial na atenção-gestão e pactuar junto com as Equipes de Saúde Bucal a reorganização do processo de trabalho, incluindo essa necessidade.*

Mariana : *- Isso mesmo, Júlio. Se quiser, podemos desenvolver um Projeto Piloto de Educação Permanente e Apoio Matricial para a odontologia, considerando que o dentista não faz parte da equipe ampliada de saúde no âmbito do NASF.*

Sílvia (Gestão de políticas): *- Concordo com Paulo na dificuldade em se introduzirem mudanças nesse contexto, pois os servidores estão desmotivados em aplicar seu conhecimento no processo de trabalho, assim como em adquirir novos saberes. Ainda acho que os indicadores são suficientes para traduzir a necessidade educativa dos mesmos e que a programação de cursos deve continuar sendo feita centralmente, já que eles ainda não desenvolveram consciência crítica sobre o contexto e sua situação dentro dele.*

Mariana: - *Somos todos herdeiros de um sistema de educação semelhante ao crítico-reprodutivismo²⁹, que (con)forma profissionais despreparados para o trabalho no SUS, daí vale lembrar nossa constituição que diz que cabe ao SUS formar recursos humanos segundo seus princípios doutrinários e organizativos. Considerando que o Ministério da Saúde instituiu e regulamentou a UNA-SUS, já é tempo de criarmos condições de enfrentamento a esses desafios, introduzindo a metodologia do apoio matricial, que personaliza os mecanismos de referência, contrarreferência ao estimular e facilitar o contato direto entre equipes de referência na atenção primária (encarregada do caso) e especialista de apoio no cuidado longitudinal aos pacientes³⁰.*

Resumindo:

O apoio matricial pode oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende de pactuação compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre equipes de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Fica claro, portanto, que apoio matricial tem uma dimensão sinérgica com Educação Permanente, partindo dos seguintes pressupostos:

I. Do conhecimento, agregando saberes e competências

29 O movimento pedagógico do Crítico-reprodutivismo foi importante para questionar as pedagogias não-críticas; Porém sem conseguir superar essa condição, limitou-se a criticar e reproduzir a marginalidade dentro da escola. Saviani

30 Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhes uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa entre profissional de referência e apoiador. O sistema regulador teria um papel de avaliar e acompanhar as decisões e de tomá-las em situações de urgência, quando não haveria tempo para estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial

às equipes de referência no cuidado longitudinal.

- II. Gestão das equipes, criando espaços rotineiros de reunião para pactuar o processo de trabalho por meio de discussão de casos, definição de objetivos para encaminhamento, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção do trabalho transdisciplinar.
- III. A Coordenação do cuidado e/ou gestão da clínica: na perspectiva da integralidade do cuidado, a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ao longo do tempo, em contraposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares.

3.3.5 A Educação Permanente em transversalidade com a Humanização: Refletindo sobre novos modos de fazer

A Política Nacional de Humanização apresenta diretrizes e dispositivos para se construir uma zona de convergência entre os interesses dos gestores, trabalhadores e usuários, criando espaços de encontro, onde as pessoas conversam e analisam problemas, estabelecem consensos e pactuam compromissos, na perspectiva dialética. Esse modo de organizar a educação dos trabalhadores desloca o interesse das instituições de ensino para a necessidade do trabalho, em lógica ascendente e transdisciplinar.

A metodologia de apoio matricial adota mais frequentemente o método Paideia, o qual consiste na inclusão de alguns dispositivos, tais como: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência e Apoio Matricial e uma inovação na gestão ao propor a cogestão.

A Clínica Ampliada é aquela que reconhece a importância do saber que advém do compartilhamento dos aspectos subjetivos que envolvem o trabalho da equipe de saúde. Mas não basta reconhecer a dimensão subjetiva da relação clínica. É necessário aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a essa relação e isso passa inevitavelmente pela capacidade de cada profissional integrante da equipe de desenvolver uma autopercepção sensível, que o ponha em contato com seus sentimentos e os reconheça como um importante saber clínico, articulando-os a outros saberes e tecnologias. Para isso, é importante fugir da tentação totalizante de um saber, validando outros saberes, principalmente o saber que vem do próprio paciente a respeito da sua doença e do seu adoecer. É justamente considerando o paciente em sua integralidade, seu modo de viver e de adoecer, implicando esse paciente com o seu tratamento, que vamos conseguir negociar um Projeto Terapêutico Singular. À medida que o debate se amplia, percebe-se a necessidade formativa para qualificação multidisciplinar-multiprofissional, de modo a desenvolver o apoio matricial: a formação de apoiadores institucionais e apoiadores matriciais

3.3.6 Relato de Experiência de Educação Permanente

Secretaria de Saúde Pública de Campo Grande-MS -
Departamento de Educação Permanente

a) Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde: Um pouco de história...

Em Outubro de 2003, após adesão e rápida expansão do PROESF em Campo Grande, sentiu-se a necessidade de criação de uma forma de capacitação sistematizada, que apoiasse permanentemente as equipes de saúde da família no propósito de recomposição das práticas de saúde.

A percepção da insuficiência dos setores de formação tradicionais, dentro e fora dos serviços, para apoiar o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, originou a construção de um projeto de educação permanente em saúde, com apoio do Polo de Educação Permanente de Campo Grande, tendo como objetivos a reorganização da Atenção Primária à Saúde, incorporando a prática epidemiológica simples na perspectiva de fortalecer o próprio sistema de saúde.

Na organização dos serviços, o movimento iniciou sob ação de dois atores, os Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e Preceptores de Especialidades, para apoiar essa demanda nas Unidades de Saúde da Família. Ao Facilitador de Educação Permanente em Saúde coube a tarefa de vivenciar o ato de cuidar e a produção de subjetividades sob uma perspectiva crítico-reflexiva, utilizando metodologias problematizadoras; ao Preceptor de Especialidade, o domínio específico no ensino teórico-prático em cada especialidade, para suprir a demanda de conhecimento especializado oriunda dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde no SUS, porém a preceptoria de especialidade não se consolidou. Não obtendo sustentabilidade, o movimento deflagrou em âmbito regional.

Em setembro de 2009, foi implantado o Departamento de Educação Permanente (DEP) na Secretaria de Saúde Pública de Campo Grande-MS, com o objetivo principal de Coordenar a formulação e a execução da Política Municipal de Educação Permanente para o SUS, conforme diretriz ministerial (DIOGRANDE nº2.898, de 26/10/2009, pag. 8, Seção IV). Houve consenso, pelo próprio caráter do departamento, de que as ações de educação permanente seriam desenvolvidas em parceria com instituições de ensino, articulando os eixos estratégicos da Formação-Atenção-Gestão-Controle Social em dois movimentos, intra e intersetorial.

As mudanças curriculares nas instituições de ensino superior e o desenvolvimento de Programas, como o PINESC, PESAP, o PET-Sáude e Prossaúde, ampliaram seus objetos de estudo, incluindo a comunidade e as práticas das equipes das unidades de saúde da família como fonte de reflexão, estudo e construção de conhecimento, demandando mudanças no modelo assistencial vigente.

Essa perspectiva da formação universitária lança um novo olhar sobre a educação dos trabalhadores do SUS e a organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde da família, impulsionando movimentos para a transição tecnológica na Atenção Primária, cujo processo de trabalho estava sendo vivenciado por acadêmicos como local de aprendizagem e fonte de conhecimento. Nessa perspectiva, a educação dos trabalhadores deveria ser implementada em nível de especialização, para cumprir os princípios gerais da Atenção Primária e evitar que se formasse um ciclo contraditório na Formação-Atenção.

Em 2008-09, a parceria entre SES de Mato Grosso do Sul, Fiocruz - Unidade Mato Grosso do Sul e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da UNA-SUS, possibilitou a elaboração de um projeto de formação para 1000 alunos, integrantes das Equipes de Saúde da Família, com o fim de disparar movimentos de transição tecnológica na Atenção Primária. A primeira turma do Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família teve início em 2010 e a segunda, em 2011.

Uma vez oferecido o conhecimento para desenvolver a Estratégia de Saúde da Família, emerge a necessidade de aprofundamento em conhecimentos específicos para as categorias profissionais da saúde, incluindo as equipes de NASFs do estado.

A partir de uma demanda institucional, a equipe da educação permanente promoveu rodas de conversa e escuta

qualificada com médicos da Atenção Primária e análise da demanda institucional e dos trabalhadores, de modo a encontrar pontos de convergência entre ambas.

Processo de Construção e Estratégias utilizadas

Mediante Rodas de Conversa, iniciou-se o processo de análise da educação dos trabalhadores e das possibilidades de articulação e produção de conhecimentos, estabelecendo prioridades frente às necessidades e parcerias com as Instituições de Ensino e Sociedades de Especialidades para a educação dos trabalhadores da Rede Municipal de Saúde, em consonância com o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, destacando algumas prioridades:

- Adotar diferentes modalidades de ensino, inclusive a distância e metodologias de aprendizagem baseadas na problematização, tendo como ponto de partida e de chegada uma realidade a ser transformada para a produção de saúde;
- Propiciar a formação de facilitadores de Educação Permanente entre os trabalhadores do SUS e usuários para articulação Ensino-Serviço;
- Promover a Educação Permanente dos profissionais para suprir necessidades do Pacto pela Saúde e deliberações dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Desafios e obstáculos

As evidências mostraram que um projeto de Educação Permanente com foco na atenção-gestão do SUS seria insuficiente para superar obstáculos epistemológicos, estruturais, ético-políticos, metodológicos, subjetivos e culturais do sistema de saúde. Seria necessário, pois, incluir outros recursos tecnológicos, tendo como ação disparadora um Programa de Formação em Saúde para o Trabalhador.

Potencialidades encontradas

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, em parceria com a Fiocruz, Unidade Mato Grosso do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e Secretaria Estadual de Saúde facilitou a análise da educação dos alunos-trabalhadores. A adesão do município à Política Nacional de Humanização e as estratégias de apoio institucional possibilitaram potencializar dispositivos de poder, conhecimento e de produção de subjetividade.

As Portarias Ministeriais, a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, com foco na atenção primária, criaram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, tendo como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, a resolutividade da mesma e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Materiais e métodos

As primeiras Rodas de Conversa foram no sentido de acolher necessidades educativas. Para isso, aplicou-se a diretriz do Acolhimento, os dispositivos da escuta qualificada e valorização do trabalhador. A ferramenta pedagógica utilizada foi um mapa conceitual simplificado para dar forma e estrutura ao pensamento das pessoas, com objetivo de registrar demandas comuns dos trabalhadores, de modo a dar visibilidade a problemas de acesso organizacional (agenda-referência-contrarreferência) e acesso sociocultural (produção de vínculo, absenteísmo). Os recursos tecnológicos necessários foram discriminados em: recursos materiais (tecnologias duras), conhecimento (tecnologias leve-duras) e em recursos humanos (situação e relações de trabalho).

No quadro a seguir, as últimas colunas permitem o registro das ações propostas pelos grupos, na perspectiva da educação permanente e da humanização.

Problemas		Necessidades- Recursos tecnológicos			Ações EP	Ações PNH
Acesso organizacional	Acesso sociocultural	Recursos materiais	Conhecimento	Recursos Humanos		

Dos registros obtidos, foi possível analisar a educação dos trabalhadores, de modo a compor um Programa de Formação em Saúde e Trabalho que pudesse fomentar a elaboração compartilhada de projetos de intervenção, incorporando conceito ampliado de saúde, mais especificamente a clínica ampliada nas práticas cotidianas. Trata-se de uma nova lógica de produção de conhecimento, ascendente e transdisciplinar, pautada na situação de saúde das microrregiões e necessidade educativa dos trabalhadores de saúde, em contraposição à lógica anterior, que satisfazia o interesse das instituições de ensino. Aliado a esse processo, foram analisadas as causas de internação por causas sensíveis à atenção primária no estado nos últimos dois anos, reafirmando os temas que precisam ser abordados no curso.

Segundo CAMPOS (2000), a implantação do apoio matricial é uma forma de se organizar o serviço de saúde para que as equipes se responsabilizem de fato pelo paciente. A forma como os serviços estão organizados leva à fragmentação do cuidado - cada profissional cuida de parte do paciente, ninguém consegue cuidar do indivíduo, salvo raras exceções, que estão sujeitas ao perfil do profissional. Então, para que seja possível a implantação do apoio matricial, é necessário superar alguns obstáculos: perfil dos profissionais ainda formados na lógica do cuidado da doença, com pouca intervenção no cuidado à pessoa; dificuldade para se trabalhar em equipe, partilhando poder e conhecimentos com outros profissionais - sair do núcleo de competência próprio da formação; atenção secundária distante do profissional da equipe de referência - existindo somente as referências escritas e, eventualmente, a contrarreferência,

observam-se problemas de comunicação entre os diferentes serviços de saúde, aumentando ainda mais a fragmentação do cuidado ao indivíduo.

b) Programa de Formação em Saúde e Trabalho: Plano de Trabalho

A Macrorregião de Campo Grande apresentou o Programa de Formação em Saúde para o Trabalhador, que pretende disparar intervenções no âmbito da atenção-gestão, mediante metodologias problematizadoras, de Apoio Institucional e Apoio Matricial, potencializando tanto a produção de conhecimento quanto sua aplicação no trabalho. O Programa foi elaborado em formato de projetos (módulos/cursos), contemplando necessidades educativas em três eixos temáticos: Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada, Humanizada e Baseada em Evidências Científicas; Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Urgências e Emergências.

O Programa é composto de 11 módulos a serem realizados em 24 meses, sob a responsabilidade da Macrorregião de Campo Grande. Ficam também nesta proporção distribuídas as vagas (120 para cada macrorregião).

O PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO foi publicado em D.O.U. 8063, de 7 DE NOVEMBRO DE 2011, pág. 19 - Resolução Nº080/SES/MS Campo Grande/MS, 28 de outubro de 2011, que Aprova “AD REFERENDUM” decisão da Comissão Intergestores Bipartite, por ação da Sr^a Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, que, no uso de suas atribuições legais, RESOLVE: Art. 1º Aprovar “Ad Referendum” o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para 2012 do Mato Grosso do Sul. Art. 2º Os recursos previstos na Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, ficam assim distribuídos, conforme pactuações entre as macrorregiões e Secretaria de Estado de Saúde-SES: o recurso

da Portaria 2.200 para a Educação Permanente - port. 1996 - destinado ao Programa de Formação em Saúde e Trabalho será repassado ao município diretamente do Ministério da Saúde

Para fins de licitação ou Carta Convite : O recurso para financiar o Programa de Formação em Saúde e Trabalho será depositado na fonte 10-SUS / 2008-11, que rege os recursos da Educação Permanente em Saúde, Projeto Atividade 1012200644032, Elemento de despesa 33903948. O valor de R\$ 516.815,50 deverá ser destinado à remuneração fracionada em 6 módulos consecutivos no valor de R\$ 86.135,91, conforme o plano de trabalho, observando que o módulo inicial será fracionado em Curso de Formação de Tutores-Apoiadores e Acolhimento ao Trabalhador e Curso de Saúde Baseada em Evidências.

Plano de Trabalho

Justificativa

A morbimortalidade materna e a perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são evitáveis, de modo que promover a Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada, Humanizada e baseada em Evidências Científicas é uma responsabilidade a ser compartilhada, requerendo por si estratégias e tecnologias associadas de educação permanente e de humanização, com o objetivo de organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério.

Em bases gerais, a gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe, fundamentada no fato de que nem

todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

A assistência pré-natal pressupõe uma situação de risco eminente, requerendo avaliação dinâmica e prontidão para identificar problemas e assumir conduta coerente com o problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode significar um risco para a gestante ou para o recém-nascido. É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento de sua evolução ou durante o trabalho de parto.

Quando detectados marcadores e fatores de risco gestacionais, as equipes da Atenção Primária devem estar qualificadas para referenciar a paciente ao seguimento do pré-natal de alto risco. Por sua vez, as equipes do serviço especializado em pré-natal de alto risco devem ser qualificadas para o cuidado especializado, assim como orientar a gestante a não perder o vínculo com a equipe de Atenção Primária à Saúde que iniciou o acompanhamento; desse modo, tanto as equipes de referência na Atenção Primária, quanto as equipes especializadas (ou matriciais) se mantêm informadas a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante.

O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante no sentido de promover a integralidade na atenção perinatal, ampliando a perspectiva de acesso, possibilitando que as Equipes de Referência possam ofertar às gestantes acolhimento e apoio, por meio da identificação e ativação do sistema em Redes de Atenção à Saúde, Qualificada, Humanizada, suporte familiar e social.

As redes são arranjos de diferentes densidades tecnológicas a demandar diferentes recursos tecnológicos e assistenciais no eixo Trabalho-Saúde-Educação. Porém, não basta apenas que se organizem as redes de atenção, é preciso que atuem - e sinergicamente - com as estratégias de educação permanente e apoio matricial no cotidiano dos processos de trabalho.

A qualificação permanente dos profissionais da saúde, aqui proposta em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e FUNDECT, visa desenvolver as ações educativas com foco na redução da mortalidade materno-infantil, na promoção da saúde integral da mulher nos diferentes ciclos de vida. Além disso, o Programa de Formação em Saúde e Trabalho pretende desenvolver ações educativas de modo a potencializar as Linhas de Cuidado à Saúde Integral, em interface com as Redes Temáticas Prioritárias de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Redes de Atenção Psicossocial (enfrentamento do álcool, crack e outras drogas).

Objetivo Geral

Promover a qualificação do trabalho em saúde dos trabalhadores e das instituições como um todo, através de ações de educação permanente e metodologias de apoio institucional - PNH

Objetivos Específicos

- Qualificar as redes de atenção perinatal na atenção primária, especializada e hospitalar;
- Implementar as Linhas de Cuidado em Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada, Qualificada e Baseada em Evidências Científicas;
- Implementar o acolhimento com classificação de risco à gestante, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL;

- Qualificar equipes e meios de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Qualificar para boas práticas de segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Promover a educação para Planejamento Reprodutivo.

Conteúdo programático

As diretrizes-metas-ações foram elaboradas em função análise da demanda institucional, da educação dos trabalhadores e do perfil epidemiológico das três macrorregiões do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme consta no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (2011-2013), de modo a contribuir com a qualificação e humanização da Atenção Primária à Saúde como estruturante do Sistema de Saúde e das Redes de Atenção.

DIRETRIZ DO PLANO REGIONAL DE FORMAÇÃO E EP EM SAÚDE E TRABALHO / LINHA DE CUIDADO	META	AÇÃO	LOCAL DE EXECUÇÃO
Rede Cegonha Linha de Cuidado Especializado e Apoio Matricial em Clínica Médica e Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada, Humanizada e Baseada em Evidências Científicas	Qualificar todos os profissionais médicos e enfermeiros dos Polos macrorregionais que fizerem os módulos do programa	Realizar uma edição modular de introdução e Acolhimento aos Trabalhadores no AVA Moodle - A Saúde Baseada em Evidências e a Clínica Ampliada	Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Momentos presenciais em polos regionais

Rede Cegonha / Linha de cuidado materno-infantil na Rede de Atenção Primária à Saúde - ESF/ESB - EBS/NASF	Qualificar 360 profissionais (médicos e enfermeiros) dos municípios de Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas	Realizar uma edição modular de Assistência Multidisciplinar à Saúde da Criança	Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Momentos presenciais em polos regionais
	Qualificar 360 profissionais (médicos e enfermeiros) dos municípios de Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas	Realizar uma edição modular de Assistência Multidisciplinar à Saúde da Gestante	Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Momentos presenciais em polos regionais
	Qualificar 360 profissionais (médicos e enfermeiros) dos municípios de Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas	Realizar uma edição modular de Atenção Integral à Saúde da Mulher por Ciclos de Vida	Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Momentos presenciais em polos regionais
Rede de Atenção em Saúde Mental	Qualificar 360 profissionais (médicos e enfermeiros) dos polos macrorregionais	Realizar uma edição modular em Educação Permanente em Saúde Mental	Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Momentos presenciais em polos regionais
Total parcial de vagas	Mínimo de 1800 vagas		

Metodologias

Mediante metodologias ativas e da problematização, os conteúdos serão desenvolvidos sob as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, com oferta de conhecimento, estudos de casos e de situações-problema, esperando-se como produto a elaboração de Projetos Terapêuticos.

Seção 4 - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O NASF AQUIDAUANA - MS

O município de Aquidauana, que possui 45.614 habitantes, tem 14 Unidades de Saúde de Estratégia da Família, com potencial de 82,2% de cobertura populacional. O processo de implantação do NASF ocorreu em março de 2009 e, assim como em todo o território nacional, vem em construção, tendo como objeto primordial a integralidade das ações das equipes de saúde da família no atendimento à saúde. Os profissionais do NASF devem conhecer o território e estar integrados às atividades das Unidades Básicas de Saúde (UBS), participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade e com os diversos equipamentos da região para maior resolubilidade dos problemas de saúde. A Equipe de Saúde da Família, portanto, será sempre a **referência** das famílias cadastradas num processo de acompanhamento longitudinal.

A equipe do NASF deve estimular ações compartilhadas entre os profissionais e provocar uma intervenção transdisciplinar, exercitando a troca de saberes, participando de todas as reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos. As ações de saúde do NASF devem estar sustentadas em um tripé, envolvendo o APOIO MATRICIAL, CLÍNICA AMPLIADA e o PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS), conforme Portaria 154/MS, de 24 de Janeiro de 2008. Atualmente é composta por 02 Nutricionistas, 02 Fisioterapeutas, 01 Educador Físico, 01 Psicólogo, 01 Assistente Social. As ações norteadoras do NASF ocorrem mediante o diagnóstico do perfil epidemiológico de cada equipe de saúde da família. O Fluxograma de atendimento é realizado em conjunto com as equipes de saúde da família e, neste contexto, realizam-se as reuniões compartilhadas, a clínica ampliada e as atividades educativas.

Principais atividades desenvolvidas:

- Identificar, em conjunto com as equipes de saúde da família e a comunidade, as atividades, as ações, as práticas e o público prioritário a ser abordado em cada uma das áreas cobertas;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e de internação domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos de acordo com critérios previamente estabelecidos;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os conselhos locais e/ou municipais de saúde;
- Avaliar em conjunto com as equipes de saúde da família e os Conselhos de Saúde o desenvolvimento, a implantação e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de saúde da família e os NASF do acompanhamento dos usuários, buscando a realização de ações multiprofissionais e transdisciplinares e desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

No município de Aquidauana, temos a presença do Coordenador do NASF. É importante destacarmos que este profissional é uma conquista da Secretaria Municipal de Saúde do município. O Coordenador exerce o papel fundamental

de nucleação das equipes NASF e de facilitador da interação com as equipes Saúde da Família, com foco na promoção da transdisciplinaridade e ordenação do processo de trabalho.

As atividades que devem fazer parte do processo de trabalho são:

- A pactuação da agenda local entre as equipes NASF e Saúde da Família;
- A organização das reuniões diárias das equipes;
- Discussões e priorização das situações de risco do território e de acolhimento dos usuários;
- A discussão do plano de trabalho com: Equipe NASF, gerentes das UBS, Supervisão Técnica de Saúde, Instituições Parceiras;
- Gestão de pessoas;
- O acompanhamento e promoção da Educação Permanente;
- Monitoramento da produção com discussão contextualizada;
- Avaliação, em conjunto com as equipes de saúde da família e os Conselhos de Saúde, do desenvolvimento e da implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde.

Rotina do Coordenador

Rotineiramente, o coordenador do NASF fica alocado na Secretaria de Saúde no núcleo da Atenção Primária, em conjunto com as coordenações dos programas. A atividade do coordenador consiste em gerir as ações em saúde junto a equipe de saúde da família, integralizando os serviços e tendo como responsabilidade o desenvolvimento das atividades previstas. Semanalmente, ocorre uma reunião compartilhada com as equipes de saúde da família, com o objetivo de que o NASF e a Equipe conheçam as demandas da área e discutam as ações em saúde a serem desenvolvidas. Neste contexto,

elabora-se o projeto terapêutico singular, com abordagem da clínica ampliada, priorizando-se os casos que necessitam da clínica ampliada de maneira mais contundente. A clínica ampliada é utilizada por todos os componentes das equipes, e os profissionais do NASF estabelecem, então, a dinâmica e as diretrizes do atendimento, levando em consideração o contexto familiar, as condições de moradia, enfim, o perfil epidemiológico e socioeconômico, buscando resolutividade dos problemas identificados. Atualmente os profissionais técnicos do núcleo de apoio à saúde da família encontram-se inseridos nas rotinas das equipes, realizando consultas de orientação, atividades educativas, prática corporal, consulta e atendimento domiciliar juntamente com a equipe de SF.

Seguem algumas atividades desenvolvidas pelo NASF de Aquidauana, MS.

1. Grupo de obesidade: ação executada pelo nutricionista, 1x por semana, cuja prioridade é orientar sobre hábitos saudáveis, objetivando a redução do peso. O grupo é acompanhado por 3 meses e, ao final, os participantes participam de uma oficina de forno e fogão, com receitas de baixas calorias e com aproveitamento de alimentos. Em média, observamos a perda de peso em 2 kg por mês.
2. Grupo de caminhada: ação executada semanalmente pelo educador físico ou pelo fisioterapeuta nas equipes de saúde da família como complemento ao acompanhamento do Programa Hiperdia.
3. Projeto Mamãe Feliz - Bebê Saudável: executado pelo fisioterapeuta nas equipes onde a demanda é menor em relação à adesão ao pré-natal e ao parto normal. Atualmente acompanha 40 gestantes, e o método utilizado é o Pilates de solo e com bola, com ênfase na percepção do assoalho pélvico. O projeto já existe

há 1 ano e, de acordo com o SIS Pré-Natal, obtivemos um aumento de 2,5 no percentual de parto normal no município.

4. Hidroginástica: executada pelo educador físico semanalmente, em parceria com clubes da cidade; atualmente temos em torno de 150 pessoas participando.
5. Atenção domiciliar para pacientes acamados: ação executada semanalmente pela fisioterapeuta, preconizando-se orientações aos cuidadores, prevenção de agravos e deformidades em relação ao paciente. Além da atenção fisioterapêutica, a equipe do NASF executa avaliação antropométrica do paciente, orientação nutricional, orientação quanto ao serviço social e acompanhamento psicológico. Semanalmente, ocorre na área desse paciente uma reunião coletiva com todos os cuidadores para que possam trocar experiências e receber orientações.

O NASF está em processo de construção nacional, e atualmente enfrentam-se dificuldades importantes no sentido da atuação do NASF em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família. Como principais dificuldades citam-se a falta de entendimento e compreensão dos gestores da saúde e dos profissionais das equipes da SF quanto ao funcionamento do NASF. Tais atores tem o entendimento de que o NASF é uma rede de atenção especializada, com o papel de realizar consultas e visitas domiciliares, criando por inúmeras vezes a fragmentação de equipe de profissionais do NASF. Por esse motivo constatamos que em Aquidauana o NASF tem um foco mais assistencial, e esforços têm sido aplicados na tentativa de transformar esta realidade, realizando capacitação com os agentes comunitários, enfermeiros, médicos e odontólogos, buscando realizar apoio matricial e diagnóstico de área, visando conhecermos a região para realização do projeto terapêutico singular. O grande

desafio em Aquidauana é mudar essa realidade assistencial para realmente realizarmos apoio matricial, educação permanente, projeto terapêutico singular, pois acreditamos que esta potente ferramenta pode juntamente com as equipes de saúde da família proporcionar integralidade frente as necessidades da população adscrita em cada área de cobertura sob responsabilidade das equipes.

4.1 Experiências exitosas

Em Roda de Conversa Virtual, os Tutores Formadores, Tutores Especialistas, Orientadores de Aprendizagem e Coordenadores Pedagógicos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família discutiram o conceito de Clínica Ampliada, que deu origem à elaboração deste caderno, no Egrégora, um espaço dentro do ambiente virtual de aprendizagem destinado à discussão de conceitos utilizados pelos tutores formadores e orientadores de aprendizagem do curso.

Em se tratando de um conceito novo para a maioria dos tutores, a proposta foi eleger um apoiador-facilitador da produção de conhecimento.

Proposição: Difundir o conceito de Clínica Ampliada e fomentar o debate na formação da equipe ampliada.

Provocação inicial

A Política Nacional de Humanização no SUS tem selecionado experiências e práticas do “SUS que dá certo”, sistematizando-as em diretrizes e dispositivos para desenvolvimento do SUS e da Atenção Primária à Saúde. A Clínica Ampliada se configurou como uma dessas diretrizes, para recompor os modos como se organiza a clínica nos campos do SUS. O conceito de “Clínica Ampliada” está sendo discutido no âmbito da gestão-atenção para o SUS. Essas mudanças demandam processos formativos, ampliando o debate para os setores de formação-educação dos

trabalhadores do SUS.

Para começar essa discussão, vamos refletir sobre o conceito de saúde e clínica que permeia o cotidiano dos serviços de saúde e aprofundar sua compreensão acerca do conceito de Clínica Ampliada e sua importância nas relações de trabalho e no processo de produção da saúde, ampliando o debate para a formação profissional.

O que é Clínica Ampliada? Por que precisamos da Clínica Ampliada?

Seguem algumas respostas:

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica - É interessante que, quando li a cartilha do HumanizaSUS sobre a Clínica Ampliada, acabei ficando mais apreensiva com o negócio, porque sempre que ouvi falar que clínica ampliada, no meu entender, era uma forma interdisciplinar ou multiprofissional, como queiram, de trabalhar. Mas daí percebi que vai muito além disso, que é sim trabalhar aproveitando os diversos saberes existentes, porém com um olhar voltado para a realidade do sujeito, tentando propor intervenções que muitas vezes ultrapassarão o limite do “setor” saúde. Ou seja, assumir a responsabilidade sobre o usuário e considerar que o histórico dele interfere diretamente sobre seu processo de adoecer. É muito grande...

Re: A Clínica Ampliada vem acontecendo como evolução natural do processo de trabalho em saúde. Enquanto diretriz da PNH, a clínica ampliada e compartilhada é um trabalho em equipe que pode ou não ser multiprofissional, compartilhando saberes intraequipe-interequipes, e geralmente inclui-se nesse processo o apoio matricial. Essas equipes, ESF e multiprofissional, apresentam elementos diferenciais: Equipe de saúde da família: orientada pela promoção da saúde; prática dialógica centrada na saúde; enfoque familiar; visão integral do indivíduo; articulação das ações e interação dos

agentes; objetivos comuns definidos; projeto assistencial comum; assistência humanizada, com vínculo; adscrição de clientela; assistência contínua, Intersetorial; composição definida; opera em nível de atenção definido; relações horizontalizadas. Equipe multiprofissional: orientada pela visão biologicista; prática centrada na doença; enfoque no indivíduo; visão fragmentada; justaposição das ações e agrupamento dos agentes; indefinição de objetivos; projetos individualizados; impessoalidade na assistência; livre demanda; assistência ocasional- unisetorial; composição aberta; opera em vários níveis; relações hierarquizadas.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Representa uma abertura muito grande a UNASUS discutir a Clínica Ampliada na formação do aluno-trabalhador, visto que se trata de uma metodologia que apresenta uma dimensão sinérgica com a Educação Permanente, partindo dos seguintes pressupostos: 1. do conhecimento, agregando saberes e competências às equipes de referência no cuidado longitudinal do sujeito doente; 2. da gestão das equipes, criando espaços rotineiros de discussão e pactuação de condutas clínicas, que aumentam o compromisso com o trabalho transdisciplinar em benefício do sujeito doente; 3. da coordenação do cuidado, na perspectiva da integralidade do cuidado, em contraposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares. Nos processos de trabalho, envolve pactuação de diretrizes clínicas e sanitárias entre os diferentes níveis de atenção. (atenção básica-atenção especializada-atenção hospitalar). Como desenvolver esse conceito na formação do aluno-trabalhador?

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica - Pessoal, olha só, eu penso e sempre vi que a ESF tenha sido criada exatamente para desenvolver um trabalho diferenciado como este que propõe a clínica ampliada. Ou seja, a ESF foi proposta no curso da mudança do modelo de saúde, para avançar nos

princípios da integralidade do cuidado, do trabalho em equipe, com o olhar na concepção biopsicossocial das comunidades, com a construção e manutenção de vínculos entre equipe e comunidade, enfim... Porém, eu sei que estamos longe disso em muitas situações, mesmo reconhecendo que temos exemplos maravilhosos em que tudo isto acontece quando realmente conseguimos profissionais comprometidos, e não só isso, mas também outras situações favoráveis. Por outro lado, sabemos o quanto é desafiador falar de compartilhamento de práticas de cuidado e de gestão, de compartilhamento de saberes e poderes, de construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas!!! Isto acontece às vezes, porém, na maioria dos casos, sabemos o quanto é difícil o profissional ter uma postura de desprendimento para poder colocar em prática ações que envolvem coleguismo, companheirismo, altruísmo, solidariedade, amor pela profissão e pela saúde pública, amor e crença no SUS, enfim...

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Pessoal, este é o meu primeiro contato com a clínica ampliada. Então, minha primeira percepção foi a seguinte, me corrijam se estiver errado: Na verdade, a clínica ampliada não é uma proposta totalmente “nova”. Ela veio para consolidar o que já era discutido (de maneira incipiente) desde a Reforma Sanitária, amparada pela experiência - ferramentas proporcionadas pelos 20 anos do SUS. Dei uma lida rápida na apostila disponibilizada e vi que seus eixos estruturantes são tópicos que de alguma forma eram mencionados ou discutidos separadamente em outras esferas (conceito ampliado de saúde, princípios do SUS etc.), mas que agora estão agrupados e de certa forma mais claros, mais incisivos, justamente com a proposta de que a clínica ampliada seja colocada em prática verdadeiramente.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Muito boa sua percepção, pois trata-se de uma estratégia para consolidar os princípios do SUS, os quais foram acrescidos dos princípios da

Atenção Primária à Saúde (a longitudinalidade e coordenação do cuidado na rede de serviços) e ainda atributos derivados, como a promoção da saúde e atenção centrada na família.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Olhando a postagens anteriores, fico cada vez mais convicto de que os programas do Ministério da Saúde são excelentemente elaborados. Buscam teoricamente a perfeição e, conforme ela mesma diz, reconhecemos maravilhosos exemplos. Porém me intrigam os trechos: Isso acontece às vezes, ...sabemos o quanto é difícil o profissional ter uma postura de desprendimento... Eu pergunto: Onde está o erro? Apenas nos profissionais? Na locupletação dos pensadores quanto aos embasamentos teóricos? Ou está tudo certo, mas é difícil para os que praticam mais na área técnica enxergarem?

Re: Creio que a perfeição dos conceitos e ações passa por aprender a não culpabilizar um profissional ou profissionais pela não realização das ações prescritas. É necessário entender que existem vários problemas hoje para implantação da Clínica Ampliada. Começa na gestão, que mede os serviços pelo número de consultas ou procedimentos, passa pela pressão da demanda ao serviço na unidade, pela não valorização do profissional, para não falar na transição da formação centrada na doença, para a formação centrada na atenção à pessoa. Nosso papel é promover a reflexão nos profissionais para que os mesmos exerçam seus papéis de forma resolutiva e construam com sua população mecanismos para resolução dos problemas encontrados.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Somos todos herdeiros dessa cultura do ensino fragmentado em disciplinas, que dicotomiza a teoria e prática de gestão centrada em produção de procedimentos... Não basta a boa vontade dos profissionais de saúde, sem que se modifique o modelo de Formação - Atenção - Gestão, submetido pelas práticas hegemônicas de produção de cuidado.

No entanto, A Política de Humanização está fazendo uma aposta na Clínica Ampliada como diretriz na atenção-gestão, considerando a inseparabilidade de suas ações e, como dispositivo (algo que se introduz para disparar mudança), utiliza apoio matricial (suporte técnico-pedagógico). Para isso, a PNH está formando Apoiadores Institucionais, que irão apoiar a instituição nesse processo de transição paradigmática. A formação dos Apoiadores segue o princípio de que “formar é intervir” (como do CEABSF). Outros setores de formação deverão ser convidados ao menos a conhecer a Clínica Ampliada. Desenvolver o conceito de Clínica Ampliada na formação dos alunos-trabalhadores do SUS é uma iniciativa inovadora, apostando que é a partir do micro, que modificamos nossa consciência. Mais inovador ainda será integrar a Odontologia no processo (não foi incluída na equipe multiprofissional dos NASFs).

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica - Penso que no dia 25 de março, quando faremos a mesa redonda com os conselhos regionais das categorias (medicina, odonto, enfermagem), além de debatermos as competências dos profissionais na ESF, seria interessante também fazermos o debate de como o Conselho vê a proposta de Clínica Ampliada no que diz respeito à construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, e o que eles têm feito neste sentido para avançar.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Penso também que uma temática interessante para um Fórum de especialistas com os alunos seria o debate sobre a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas... Como eles veem esta diretriz da Clínica Ampliada? Como isso acontece na sua equipe? Ou não acontece? Por que os entraves? Quais são eles?

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Considero pertinente esse debate, até mesmo para esclarecimentos perante as entidades de classe profissionais, visto que está se desenvolvendo um conceito equivocado, divulgando a clínica

ampliada como um ajuste do SUS, para que o médico clínico geral assuma as funções dos especialistas e seja um supergeneralista na Estratégia de Saúde da Família. Na verdade, mais do que nunca o especialista entra em ação e tem oportunidade de se aprimorar e ser apoiador matricial e, junto às equipes de saúde da família, fazer estudo de casos, construir projetos terapêuticos...

Re: É salutar e esclarecedor este tipo de debate. Ainda mais quando se discute um tema com esta relevância. Evidente que sou totalmente a favor deste tipo de ação, pois se a mudança dos paradigmas na educação é, sem dúvida, o caminho para o desenvolvimento de uma nação e, recentemente, tivemos o exemplo da China, que, após investir em educação, passou a ser a segunda economia mundial, sem falar da Coreia do Sul, outro modelo de eficiência na área educacional e desenvolvimento... Quanto não seria importante a virada dessa página culturalmente estagnada que é nosso modelo de saúde? Então, pessoal, me parece que o mais difícil é a prática dos saberes.

Re: Então, pessoal, vamos fazer este fórum com os alunos? Outro ponto que estou LOUCA para ver é o seguinte: no material que estamos estudando, verificamos que, no capítulo da ESCUTA, abordam-se questões como vínculos e afetos, ampliação do objeto de trabalho, inclusão de novos saberes - culpa, fracasso, sucesso, medo, interesses, desejos...enfim, conceitos de que o profissional deve se apropriar já que muitas vezes ele não os tem.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica - Como desenvolver esse conceito na formação do profissional de saúde? Existem mecanismos, estratégias? Como trabalhar para que o aluno (futuro trabalhador) aprenda a fazer a “reflexão e exercer seus papéis de forma resolutiva” como exposto anteriormente?

Re: Segundo consta na literatura, um dos modos para se ampliar a clínica nos processos de trabalho

está nos arranjos institucionais, constituição de grupo de apoiadores, elaboração compartilhada de projeto, contrato de gestão, formação em tecnologias relacionais. Os obstáculos à Clínica Ampliada são: 1.Epistemológicos (conceito vigente de saúde-doença, a hegemonia biomédica); 2.Obstáculos éticos (prontuário único); 3.Obstáculo subjetivo e cultural (exige predisposição subjetiva para lidar com incertezas, críticas e decisões compartilhadas); 4.Obstáculo político e de comunicação (o desafio da gestão compartilhada - a comunicação interprofissional é restrita e a disputa por autonomia e governo permeia os campos do SUS). No entanto, o Ministério da Saúde tem disponibilizado ferramentas de gestão da educação e do trabalho que apontam esses caminhos, como o NASF, o PET-Saúde... Como vamos articular os saberes dos profissionais que compõem as 13 categorias profissionais do NASF?

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Tive a sorte de conhecer a Clínica Ampliada em 2006 e, desde então, ela corre nas veias! E corre também um conflito: de um lado essa coisa linda, que, quando encontrada na prática (ainda incipiente, infelizmente), deixa-nos encantados; de outro lado, essa Clínica Ampliada que não se vê no dia a dia, que não se concretiza na prática, sufocada pelo modelo médico hegemônico na gestão, no cuidado. Ainda temos mais perguntas que respostas. Ainda temos mais angústias que alegrias no ideário do sistema de saúde que sonhamos. Mesmo assim, seguimos em frente. Acreditamos na possibilidade de ver atuais trabalhadores e gestores de saúde revendo e ressignificando seus conceitos, suas atitudes. Essa é uma semente. (Nosso curso cultivava essa semente!) Outra semente é investir em quem ainda está em formação, quem ainda está na graduação, para que já tenham esse conhecimento 'circulando nas veias'. Sementes estão sendo plantadas, em solo árido, em solo fértil. Sei que temos muito trabalho, mas acredito na colheita!

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Este tema é muito bom. Acho que realmente seria superinteressante um fórum de especialistas com os especializandos e tutores formadores sobre esse tema. Além de levá-lo para discussão entre trabalhadores em saúde, creio que é preciso sensibilizar as instituições formadoras. É muito mais fácil formar o futuro profissional nesta visão do que tentar modificá-la posteriormente.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica - Lendo o material e percebendo toda a complexidade do assunto, pensei na epidemia do crack na nossa sociedade e de todos os fatores que precisam ser trabalhados na prevenção e na recuperação. A Clínica Ampliada encaixa-se perfeitamente na tentativa de reintegrar o sujeito na família e na comunidade.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Parece haver consenso na importância de ressignificar conceitos...Vamos tomar como exemplo o problema da epidemia do crack relatado, ao qual caberia um Projeto Terapêutico Singular/PTS (conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo), resultado de uma discussão coletiva, de uma equipe interdisciplinar. Uma vez definido o PTS para esse coletivo, sabemos que alguns sujeitos ou famílias expostas à situação de vulnerabilidade e risco social requerem uma abordagem do sujeito em suas diferenças e não em sua individualidade. Segundo a PNH, o nome PTS, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, parece melhor porque destaca que pode ser feito para grupos ou famílias, além de enfatizar que o PTS busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos e protocolos tendem a igualar - padronizar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc).

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Uma necessidade é dar subsídios ao profissional de saúde. Como trabalhar com a subjetividade que está exposta nesta proposta? Como trabalhar com a frustração do cliente? Com a angústia? Com os medos e

tudo mais? Pois os demais profissionais não têm essa formação...

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Trabalhar esta visão ampliada e como foco no sujeito é um grande desafio, especialmente na formação de novos profissionais. É muito evidente essa lacuna, mas algumas IES têm várias experiências bem sucedidas. Enquanto docentes, na formação de profissionais, acompanhamos a “necessidade e interesse” dos alunos por conteúdos como a urgência e emergência, curativos e procedimentos, todos relacionados ao modelo hospitalocêntrico, e outros conteúdos muito desvalorizados, como, por exemplo, a psicologia e saúde, antropologia e sociologia, entre outros... Como mudar ou enfrentar estes paradigmas???

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Em resposta à questão de como trabalhar o sujeito, acredito que para essa “defasagem” na formação, se é dessa forma que posso me expressar, é preciso mexer com o “sentido” que cada um atribui a sua própria prática em relação ao que estamos discutindo. Penso que a luta seria ir à base da formação, introduzir questões da subjetividade humana na formação profissional, como nós fizemos durante anos na psicologia, mas, como sabemos, muitas universidades têm o desejo simplesmente de informar, e olhe lá, do que formar, ainda mais porque essa proposta incomoda e pode trazer conflitos a serem resolvidos e isso dá trabalho, tem gente que não está disponível para o trabalho, quer fazer o que é fácil. Mas o que nós podemos efetivamente fazer, porque é possível, acredito, é mobilizar os profissionais para atuar com a razão e o coração, mas isso às vezes não é para quem quer, mas para quem pode. Penso que esse curso é uma intervenção importante para essa mudança. Eu estava pensando em uma dinâmica a ser lançada para que os alunos pudessem levantar isso como algo importante e se avaliar diante da ideia. O que acha? Mas antes pensei em lançar ao tutores, até mesmo para mexer com a necessidade do “sentir” como crucial para sensibilizar e

provocar possibilidades de mudança, o “ser” profissional para que o efeito possa ir para o “fazer” profissional.

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica: Prezados colegas, o SUS é um campo de sujeitos: sujeito demandante de cuidado(usuário), sujeito cuidador(trabalhador), sujeito institucional (gestor). Entretanto a clínica do modelo hegemônico de atenção-gestão persiste incluindo o sujeito demandante de cuidado como objeto de trabalho de uma prática fragmentada. Por isso tanto desentendimento! Criam-se normas e regulamentações regidas por esse conceito, que mais contribuem para exclusão do usuário, cansado de tanta burocracia. Outro dia assisti a uma apresentação do Sistema de regulação de vagas, de manejo complexo para a maioria dos gestores e de difícil entendimento para trabalhadores e usuários. E fiquei ouvindo aquela parafernália que a todos insatisfaz e gera, ao mesmo tempo, fila e absenteísmo nos serviços de média e alta complexidade, quando as metas não são pactuadas e normas não são cumpridas(dá para entender um negócio desse?). Nessa de usuário vai, usuário vem, a paciência se esvai também, até inserir violência na demanda. Aí o usuário é encaminhado ao CAPS para tratar desequilíbrio mental. Afe!!!

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica: Perdoe-me, mas não resisto ao impulso de inserir um comentário referente a estas palavras suas: “Aí o usuário é encaminhado ao CAPS para tratar desequilíbrio mental...” Eu pergunto, será que o trabalhador também não vai parar em um local para atendimento a sua saúde mental? As pressões sobre os trabalhadores em saúde e a falta de acolhimento às suas expectativas e necessidades também são geradoras de problemas mentais. A Clínica Ampliada é fundamental na atenção à saúde do indivíduo, mas como fazer essa ação, com a demanda, com a pressão dos usuários, com a burocratização do serviço?

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Boa pergunta. Em resposta lhe digo que a PNH tem outras diretrizes, que se interagem em determinados momentos e atravessam o processo. A diretriz que transversaliza esse processo e diz respeito à sua pergunta (que analisa a demanda, identifica a necessidade de saúde e inclui) é a diretriz do Acolhimento. Essa diretriz aplica dispositivos (algo que introduz para produzir mudança), como da escuta qualificada, valorização do trabalhador, etc. Quando ativamos esses dispositivos, o trabalhador é o primeiro a cair no nosso colo, pedindo socorro, por vezes um apelo silencioso; já, em outras diretrizes, ocorre a rebeldia passiva (alienação) ou ativa (agressão). Além disso, percebemos a resistência do servidor em aplicar seu conhecimento no processo de trabalho, assim como para aquisição de novos saberes. “A PNH nasce de uma inflexão do próprio sistema de saúde para enfrentamento de seus desafios atuais, identificados como: fragmentação dos processos de trabalho, precária interação entre as equipes, despreparo para lidar com a singularidade dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde, gestões burocráticas e verticalizadas com pouco fomento à participação dos trabalhadores, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Neste sentido os princípios, as diretrizes e dispositivos da PNH são potentes para convocar trabalhadores, gestores e usuários a ocuparem lugar de protagonistas na construção de um SUS solidário e inclusivo.

A PNH desenvolveu estes princípios:

1. da transversalidade: aumento do grau de comunicação inter e intragrupos, transformando os modos de relação e comunicação entre os sujeitos de maneira a desestabilizar as fronteiras dos saberes, os territórios de poder e as formas instituídas das relações de trabalho;
2. da indissociabilidade entre os modelos de atenção e gestão, considerando que os modos de cuidar são inseparáveis do modo de gerir e de se

apropriar do trabalho; 3. do protagonismo, corresponsabilização e autonomia dos sujeitos envolvidos que, entre si, compartilham responsabilidades no processos de gerir e de cuidar” PNH-SES-MS. Reflexão: Os princípios da PNH vão além do desafio, pois convocam ao enfrentamento dos problemas identificados, sendo necessário para isso modificar atitudes, transformar os espaços de confronto em espaços de encontro entre trabalhadores e usuários (mesmo em circunstâncias adversas), para que juntos possam superar as diferentes formas de controle, dominação e violência simbólica (disfarçados sob o nome de “Gestão”), sendo a principal delas a produção de iniquidades e de ruídos entre trabalhadores (maledicências). O encontro entre gestão e controle social geralmente acontece em função de políticas partidárias, o que fomenta a violência na demanda. Mais do que nunca o trabalhador precisa acolher o usuário, para diminuir essas práticas. Como os setores de formação de trabalhadores poderiam contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre o contexto, depois sobre a situação do trabalho em saúde e assim por diante são um desafio...

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Para “encorpar” ainda mais as necessidades de mudanças identificadas aqui no Fórum, trago a reflexão sobre as estratégias de formação interprofissional. Não vejo outro caminho para avançarmos nas questões da Clínica Ampliada se não criarmos espaços de encontro de saberes durante a formação. Mudamos os projetos pedagógicos, discutimos a Clínica Ampliada no âmbito da graduação, mas de maneira isolada, sem espaços de diálogo, de (re)conhecimento entre os futuros profissionais da saúde e seus saberes, sem construir “coletivamente” os saberes coletivos, enfim.... Nessa perspectiva, vejo o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, assim como a residência multiprofissional, o PET Saúde como espaços que tentam suprir tais lacunas. Mas, mesmo assim, vemos aqui, em nosso curso mesmo, a dificuldade em romper as “paredes” que cercam cada

profissão. Vejam as opções de temas de TCC dos alunos, ainda bastante individualizados...

O desafio é imenso, mas como diz o Mário Quintana:

“Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos se não fora

A mágica presença das estrelas!”

Re: A Clínica Ampliada na Atenção Básica- Ficou muito boa sua síntese com os diferentes olhares... Tenho trabalhado com os alunos da residência multiprofissional, lançado a semente, a cada dia as discussões de casos e a qualidade de atendimento ao paciente têm melhorado muito. Lembro também que o Ministério da Saúde, por meio do hospital Sírio Libanês, ofereceu uma especialização para gestores de 33 hospitais públicos do Brasil sobre Gestão da Clínica, com um grande enfoque em Clínica Ampliada e tem uma proposta de um novo curso para esse ano. No curso anterior, de Mato Grosso do Sul participaram: o Hospital Regional, o HU da UFMS e da UFGD. Percebi um avanço maior nas ações da Clínica Ampliada no Hospital Regional e, no HU, estamos caminhando para o prontuário único, informatizado, gerenciamento de leitos...

Re: A Clínica Ampliada na Atenção- Encontrei citações do Gastão Wagner, que utiliza elementos da concepção Paideia para sugerir diretrizes para a reforma do hospital contemporâneo. A Concepção Paideia sugere a reforma do processo de trabalho com base nos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática, tensionando o modelo assistencial organizado em linhas de produção (à moda Taylorista, que se apropria do conhecimento oriundo do trabalho e o devolve de maneira fragmentada). Além disso, propõe uma reconstrução ampliada do modelo biomédico e medicina baseada em evidências, trazendo para a prática clínica saberes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, das

Ciências Sociais e Políticas. A concepção Paideia esforça-se por envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e reorganização institucional, apostando na mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos.

Esse fórum foi finalizado em um encontro presencial com o tema central: A Clínica Ampliada, do qual participaram os tutores do curso para ressignificar conceitos e discutir os entraves e facilidades na implantação da Clínica Ampliada no Serviço de Saúde.

4.2 Considerações Finais

No marco histórico e político das políticas de humanização da atenção à saúde, o investimento nas tecnologias do cuidado contrasta ainda com uma cultura técnica carente de revisão acerca dos marcos do poder, de conhecimento, da verticalização das relações e da promoção de um ambiente mais afeito à criatividade e ao afeto. Partindo desse pressuposto, os autores reúnem esforços em ampliar o debate da clínica na Atenção Primária, acentuando que a organização dessa clínica, qualificada e ampliada, inclui o desafio da formação dos sujeitos na atenção e gestão, de modo a desenvolverem competências e habilidades compatíveis com o saber conhecer- saber fazer - saber ser - saber conviver.

A percepção dessa necessidade educativa vem permeando os setores de formação e educação permanente para o SUS, assim como as práticas de saúde, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família. Emergiu como necessidade dos especializandos (alunos-trabalhadores do SUS) durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família- FIOCRUZ- Unidade MS, sob observação de tutores formadores, tutores especialistas orientadores de aprendizagem e coordenação pedagógica do curso.

No interior desse cenário, construímos o sumário desse caderno, convidando autores, apontando para o fato de que a formulação de uma Clínica Ampliada inclua a perspectiva de operar nos eixos da formação profissional e da educação permanente, além dos eixos da atenção-gestão do SUS, apostando na inseparabilidade de suas ações.

Logo na apresentação, os autores sintetizam o conceito e metodologia para a Clínica Ampliada na atenção-gestão, cuja dimensão implica o sujeito que cuida e o que é cuidado. Na dimensão desse encontro, reside um dilema entre complexidade do trabalho e simplificação da tarefa, extrapolando o contexto da Atenção Primária, incluindo diferentes atores e relações da área da saúde, com projetos que podem revelar-se contraditórios e/ou complementares.

No contexto de transição tecnológica na saúde, o processo de ressignificação da clínica pode ser disparado por ações de educação permanente aliadas à tecnologia de apoio à potencialização do movimento de transição paradigmática para a Estratégia de Saúde da Família. Além da composição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, surgem novas possibilidades de apoio matricial na Atenção Primária para efetivar a transição para a Estratégia de Saúde da Família. Desse modo, as unidades básicas de saúde se fundiriam com a Estratégia de Saúde da Família.

Nesse paradoxo, uma das possibilidades de (re)organização da clínica reside no desafio de desenvolver competências para lidar com as tecnologias de apoio matricial e educação permanente, cuja densidade tecnológica atravessa os diferentes processos de trabalho, exigindo uma abordagem ampliada e multidisciplinar, que considere as relações de produção e a articulação intra e interinstitucional.

A formação multidisciplinar para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família tem inúmeros desafios a serem superados e um deles está na necessidade de um conjunto de profissionais

com saberes e competências para produzir novas formas de cuidado em saúde, que considerem a integralidade, a interdisciplinaridade, a vulnerabilidade e a singularidade de cada sujeito e das coletividades. Temos, por experiência, que não tem sido suficiente para constituir um trabalho em equipe apenas compor essas equipes multiprofissionais e situá-las nos processos de trabalho. É preciso criar condições para preencher as lacunas entre o prescrito e o real e, ao mesmo tempo, tecer as relações para fortalecer o sentido de equipe e produzir novos sentidos para o trabalho.

Como descreve este caderno, as possibilidades de composição da Clínica Ampliada podem ser disparadas por ações de educação permanente e apoio institucional transversalmente às ações de saúde em movimento, de modo a eliminar as contradições da clínica degradada, propondo novos modos de fazer e diferentes arranjos para o sistema de saúde. No entanto, ainda é preciso iniciativa política, produção de conhecimento e de subjetividades para aproximar os subjetivos dos objetivos propostos nesse propósito, além de sensibilizar e criar condições para que equipes possam realizar a cogestão do serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Prevenção em Saúde*: v. 23, n° 1, Janeiro/Junho, 2005.

ALMEIDA M. organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

ARMONY, N. Borderline: uma outra normalidade. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1998.

AYRES, J.R.C.M O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, nº3, p.16-29, set.-dez. 2004.

BALINT, Enid.; NORELL, J. S. Seis Minutos para o Paciente. São Paulo: ed. Manole, 1976.

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

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992. Cinco lições sobre a transferência. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BARROS, R. D. B. Grupo: a afirmação de um simulacro. Tese de Doutorado PUC-SP, 1994.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, nº 3, set. 2005.

BERGSON, H. A. Intuição Filosófica In Bergson: cartas conferências e outros escritos. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2005a.

_____. Introdução à Metafísica In Bergson: cartas, conferências e outros escritos. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2005b.

BOWER, P.E.; CAMPBELL, S. et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Qual. Saf. Health Care: 12;273-279, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, HUMANIZA SUS - Documento Base Para Gestores e Trabalhadores. 4ª ed. 2008 (www.saude.gov.br/humanizausus).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 157p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, nº 27).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília; 2008. nº 18. DOU de 25/01/08.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1996. Política Nacional de Educação Permanente. Davini, Maria Cristina; Enfoques e Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. 2009

CABRAL, P.E. - Programa Intersetorial de Integração Ensino-Serviço - Comunidade- PINESC. Campo Grande, MS: 2ª ed, 2008.

CABRAL, P.E., MACHADO, J.L.M., MACHADO, V.M.P., POMPÍLIO M.A., VINHAS, J.M., AYACH W., MATTOS, M.C.I. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a12.pdf>, REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA- 32 (3) : 374-382; 2008

CAMARGO Jr., K.R. Biomedicina Saber & Ciência: uma abordagem crítica. 1ª ed. São Paulo:Hucitec,2003.

CAMPBELL,S.M. et al. Identifyingpredictors of highqualitycare in English General Practice: observational study. BMJ: v.323, p.784, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paideia. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública: v.14, n° 4, Rio de Janeiro, out.-dez. 1998.

_____. Método Para Análise e Cogestão de Coletivos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Mimeo DMPS-UNICAMP, 1997.

_____. MIMEO de aula do Curso de Gestão da Clínica na Atenção Básica. UNICAMP 2008.

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

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

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

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e cogestão de coletivos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública: v.14, nº4, Rio de Janeiro, out.-dez. 1998.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Editora Fiocruz, v. 170, p. 837-868, 2006.

CECILIO LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface: comun., saúde, educ. 2011;15(17): 589-99.

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

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

DELORS J. organizador. Educação: um tesouro a descobrir. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI).

DEJOURS, Christophe. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho; 3ª edição revista e ampliada. Editora Fiocruz.

DONZELOT, J. A. Política das Famílias. 2ª. ed, Rio de Janeiro: ed. Graal, 1986.

EIZIRIK, L. C.; OSÓRIO, C. M. S. Orientação Geral para Intervenções Psicoterápicas pelo não psicoterapeuta. In DUNCAN B. B. Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária. 2a. ed. Porto Alegre, 1996, cap. 7, p.592-597.

FEUERWERKER, L.C.M. . Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, p. 3-4, 2007.

FOUCAULT, M. The subject and Power. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Chicago: University of Chicago, 1982/1983

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

GERVAS, J. e FERNANDEZ, M.P. Como Construir uma Atenção Primária Forte no Brasil, 2011. Disponível em: www.sbmfc.org.br

GÉRVAS, J. e FERNANDEZ M.P. El fundamento científico de La función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 205-18

GONZALEZ, Alberto Duran; ALMEIDA, M. J. . Ativação de Mudanças na Formação Superior em Saúde: dificuldades e estratégias. Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 34, p. 238-246, 2010.

GRABOIS V. Gestão do cuidado. In: Godim R, Grabois V, Mendes W. Organizadores. Qualificação de gestores do SUS. 2ªed. Rio de Janeiro: EAD-Ensp; 2011. p.154-90.

GRIMES, D. A. e SCHULZ, k. F. Uses and abuses of screening tests, THE LANCET • Vol 359, Março, 2002.

GUIMARÃES M.B.L. “Intuição, pensamento e ação na clínica” Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.317-32, mar/ago 2005.

IACONELII V. Maternidade e Erotismo na Pós-Modernidade: Assepsia do Impensável na Cena De Parto. Disponível no site até 12/01/2009 http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/maternidade_e_erotismo_2004.htm

ILLICH, I. Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde. 1a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

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

KLOETZEL, K. Raciocínio Clínico In DUNCAN B. B. Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária. 2ª ed. Porto Alegre, 1996: Cap. 1, p.46-49.

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

LEONELLO VM. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

MARTINS, A. Religiões e tecnologias médicas, soluções mágicas contemporâneas; uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. In: Barros, J.A.C. Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios. Brasília: Ed. Anvisa, 2008. p. 87-109.

MENDES GONÇALVES RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo; 1992. Cadernos CEFOR.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.

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

MOURA, A. H. A Psicologia Institucional e O Clube dos Saberes. 1a ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

NASCIMENTO DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. 154p.

NASCIMENTO D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Rev. Mundo Saúde, São Paulo, 2010;34(1): 92-6.

OLIVEIRA GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

OLIVEIRA MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 89p.

OLIVEIRA RG, MARCON SS. The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the Family Health Program. Rev Latino-Amer Enferm. 2007;15(3):431-8.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Públ. 2001;35(1):103-9.

PERRENOUD P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2004.

PINTO, C. G. P. Diagnóstico Compartilhado no Trabalho das Equipes de Saúde da Família, in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) Manual de Práticas na Atenção Básica. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

PINTO, C. G. P e COELHO, I.B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) Manual de Práticas na Atenção Básica. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008

RAMOS MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. Rev. Formação, 2001;2:17-26.

SCHRAIBER LB, PEDUZZ IM, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc. Saúde Colet., 1999; 4:221-42.

STARFIELD, Barbara, Is US Health Really the Best in the World?, JAMA. 2000;284:483-485.

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

STEWART M.; BROWN J. B.; WESTON W. W.; MCWHINNEY I. R.; MCWILLIAM C. L.; FREEMAN T. R. Medicina Centrada na Pessoa. Transformando o Método Clínico (2nd. Edição). Porto Alegre: Artmed, 2010

TESSER, C.D. NORMAN, A.H e JUSTINO, A.L. Medicalização Social e Prevenção Quaternária: conceito e prática na Atenção Primária em Saúde in TESSER, C.D. Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS. 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010 (p. 151).

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

VARELLA, D. Por um Fio. São Paulo: Ed Companhia das letras. 2004.

VIEIRA C.C.A; KODJAOGLANIAN V.L. Introdução ao curso de Pós- Graduação em atenção Básica em Saúde da Família. Mato Grosso do Sul. ED UFMS, 2010.

WITT RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Anexos

Anexo 1 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Clínicos

(lembrar que esta é uma proposta de roteiro, que deve ser apresentada ao grupo para avaliação e aperfeiçoamento. É uma referência para apresentação de casos, e nunca uma obrigação. A apresentação de caso precisa ser livre.)

- 1) História clínica e história de vida do paciente.
- 2) História do usuário em relação à equipe e em relação a outros serviços de saúde.
- 3) Diagnósticos de problemas Orgânicos, Sociais e Psicológicos. MAPA DE COPRODUÇÃO.
- 4) Problemas mais importantes para a equipe, para o usuário e para a rede social do paciente.
- 5) Prioridades atuais.
- 6) História das intervenções feitas para o usuário, principais objetivos e problemas das intervenções.
- 7) Afetos despertados nos membros da equipe, sentimentos dos profissionais da equipe no decorrer da história. Contratransferência.
- 8) Afetos despertados NA EQUIPE E NO PACIENTE pelos outros serviços de saúde - especialistas.
- 9) Qualidade das relações terapêuticas nos outros serviços.
- 10) Genograma (de preferência feito junto com a família ou paciente e com possibilidade do mesmo falar sobre a história e o significado de cada pessoa no genograma).
- 11) Rede Social Significativa (com participação do usuário).
- 12) Diagnóstico de potencialidades (saúde) do paciente e coletivos a que ele pertence.

13) Responsável pelo caso (coordenação do caso)- quem organiza atividades definidas.

14) Formas de contato com os serviços parceiros utilizadas para a gestão compartilhada do caso e relações terapêuticas nos outros serviços.

Anexo 2 - Núcleos de temáticos de Análise do Método Paideia

1.Objeto de Trabalho

“Indica que elemento do contexto estar-se-á destacando como responsabilidade da equipe, sem o que não se assegurará certo produto, certo resultado e certos objetivos. A análise desse Núcleo Temático permite, em primeiro plano, examinar a adequação entre o recorte do objeto de trabalho e o valor de uso que se pretende produzir. Também ajuda o grupo a perceber qual o limite do compromisso social assumido, indicando o padrão de responsabilidade assumido pelo coletivo. Isto porque o objeto de trabalho recortado sofre influência do objetivo ou da missão. Como consequência, tem-se o objetivo produzindo um seu suposto antecedente, o objeto sobre o qual se irá trabalhar para a produção de valores de uso. Na área de prestação de serviços, em que o objeto de trabalho é um sujeito (pessoa), o objeto é também um indicador de critérios de inclusão e de exclusão”. (CAMPOS, 2000, p. 211) Nem sempre o objeto de trabalho coincide com o objeto de investimento: “a análise e intervenção sobre o que seria o objeto de trabalho mais adequado obedecem também à racionalidade decorrente da realização pessoal dos trabalhadores: neste sentido, procurar adequar o recorte de objeto adequado à produção de determinados valores de uso com o objeto de investimento dos sujeitos. O desafio é aproximar o objeto de trabalho do objeto de investimento dos Sujeitos trabalhadores: a base para a construção de alguma Obra.”(CAMPOS 2000, p. 211)

2. Práticas e Meios de trabalho (organização dos recursos, processo de trabalho)- campo e núcleo dos profissionais

O TRABALHADOR É MEIO E FIM ao mesmo tempo. Esse núcleo, também chamado de modelo de atenção, traz como

possibilidade criar momentos e instrumentos para, junto com a equipe, compreender o modo como se articulam as práticas e os recursos. Há uma infinidade de metodologias que podem ser empregadas para descrever o processo de trabalho. A qualidade total introduziu várias modalidades de fluxograma, que permitem acompanhar (descrições sincrônicas) a organização do trabalho. Vale ressaltar que essas descrições exaustivas nem sempre contribuem para a análise e elaboração de sínteses alternativas e definição de tarefas: informação saturada. Parece mais conveniente destacar-se aspectos do processo de trabalho, temas relevantes e trabalhá-los de modo cumulativo. E, com o tempo, ir montando um desenho do modo como se articulam práticas e recursos. Esse tipo de procedimento tem sido denominado de descrição do modelo de produção de bens, ou de modelo da atenção quando no campo dos serviços (educação, saúde, etc.). O importante é ir corrigindo aspectos que dificultem a produção de valores de uso ou a constituição dos sujeitos.”(CAMPOS, 2000, p. 212)

3.Resultado x objetivo

Oferecer às Equipes a possibilidade de debruçar-se sobre os resultados do próprio trabalho é um recurso importante para quebrar eventuais cristalizações do grupo. Existem métodos objetivos para se medirem resultados: oferecer evidências realistas às equipes é um poderoso instrumento para produzir análise. Se a medida dos resultados pode ser relativamente objetiva, a avaliação dos indicadores encontrados depende de critérios de julgamento acordados. Critérios definidos a partir de valores. Valores que também podem ser criticados e modificados pelo Coletivo ou por instâncias externas a ele. Fazer essa separação é importante. Para o Método haveria três linhas de resultados possíveis: uma relativa à produção de valores de uso (avaliação de eficácia: os produtos atenderam a necessidades sociais?), outra, à

sobrevivência da organização (há eficiência, legitimidade social e política?) e uma terceira, relativa à constituição de Sujeitos (há realização pessoal e profissional? E produção de Obras?). Vale ressaltar a frequente confusão entre Objetivos e Resultados. Na prática, eles nunca coincidem e a comparação do pretendido (objetivo) com o alcançado (resultado) resulta útil para alterar tanto o projeto, quanto a forma com que se trabalha. (CAMPOS, 2000, p. 213) O autor lembra a importância dos diagnósticos serem concomitantes à intervenção, evitando o hábito muito comum nas organizações de “primeiro” fazer um diagnóstico para “depois” fazer uma intervenção.

4. Objetivos

“O Método modifica em dois sentidos a noção de Objetivo (Missão): primeiro trazendo o tema para debate e análise, ou seja, admite que os Coletivos devam construir seus próprios Objetivos; segundo, admitindo o desdobramento das finalidades de toda instituição em dois grandes campos: o da produção de valores de uso (bens ou serviços) que atendam a determinadas necessidades sociais e o da constituição de Sujeitos e Coletivos. A construção processual e participativa de objetivos é um dos elementos importantes na conformação de um Coletivo.” (CAMPOS, 2000 p. 213)

Campo do meio, que envolve tanto a produção de sujeitos, quanto a produção de valores de uso.
5 e 6 - Análise e reconstrução dos Saberes (Modelo Teórico Conceitual) e do Sistema de Valores

É possível estabelecer-se certa analogia entre o modo de funcionamento de uma Teoria e de um Sistema de Valores com a noção de Superego descrita por Freud, bem como a de episteme, utilizada por Foucault para analisar a genealogia da clínica e de outras práticas sociais. O Superego operaria de maneira inconsciente e com certo grau de autonomia do Ego;

formar-se-ia desde estágios primitivos (superação do complexo de Édipo) e tenderia a constituir-se a partir de identificações e introjeções de valores e da tradição parental. O Superego seria um sistema com duas instâncias parciais, o ideal do ego, que encarnaria modelos de conduta e de personalidade, e a outra, de caráter crítico, seria produtora de proibições (Laplanche & Pontalis, 1992). Aderir a Valores e a um Modelo Teórico - uma aquisição tardia das pessoas - não corresponde à constituição do Superego; o que se tem comentando são as semelhanças no modo de operar dessas duas estruturas. Os Valores e os Modelos Teóricos, uma vez hegemônicos em uma Instituição, tendem a funcionar com certa autonomia dos grupos, operando de maneira transcendental e levando os Sujeitos a julgarem com severidade e compulsão toda a realidade a partir daquele referencial autorizado pelo Modelo Teórico e pelo Sistema de Valores. O Modelo passa a funcionar, então, como um ideal do grupo, derivando dele, e não necessariamente do exame crítico da prática, objetivos, projetos e métodos de trabalho. Essa adesão aos Modelos Teóricos resulta tanto de ações conscientes (discurso racional), quanto de motivações inconscientes, que continuam atuando ao longo dos anos também de modo inconsciente, sem que os grupos consigam explicar a rigidez de seus dogmas teóricos ou conceituais. (CAMPOS, 2000, p. 214) Esse é um aspecto extremamente importante dos núcleos de análise do método Paideia. CAMPOS destaca o fato de que essa “cegueira” não tem uma relação com a qualidade da produção de valor de uso da organização, nem com a qualidade circunscrita de determinado saber técnico. Ou seja, uma “cegueira” que pode acometer (e ocorre com certa frequência) até com as organizações “de ponta”. Muitas vezes, aquelas que fizeram poderosos movimentos de inovação e ruptura podem se congelar no tempo, cristalizadas na formalização daquele momento instituinte. A médio e longo prazo, no entanto, principalmente quando ocorrem mudanças de contexto um pouco mais rápidas,

a organização pode não conseguir sequer manter a qualidade na produção de valor de uso. Campo da Produção de Sujeitos (individuais e Coletivos).

7 - Oferecimentos e 8 Texto e capacidade de Análise

“Assim, a uma equipe de saúde, o que lhe estaria sendo “ofertado” pelos usuários? Apoio político e ação social em defesa dos serviços públicos, por exemplo. Ou, ao contrário, clientes infantilizados, à espera de proteção paternalista. E de um governo? Consideração sobre a forma de carreiras e salários adequados? Ou desprezo e manipulação? O quanto de cada uma dessas “ofertas” não estaria sendo introjetado pelas equipes de forma acrítica e inconsciente? O quanto da desconsideração governamental não estaria sendo incorporado à autoestima das equipes? O quanto de carência e incapacidade internas às equipes não estaria sendo projetado de maneira paranoica em outros segmentos, nos usuários, enfermos, ou estudantes, ou familiares?” O Método Paideia trabalha com a noção de Oferecimento, ou seja, que se ofereçam aos Coletivos Organizados, de maneira sistemática, elementos que os auxiliem a analisar e a operar sistemas de cogestão - dados indicativos de necessidades sociais, história de outras experiências, enfim, estímulos para que o grupo reconstrua a sua própria prática. Há uma infinidade de linhas possíveis de Oferecimento, todas objetivando provocar análise e fornecendo elementos para que o Coletivo interprete e atue para além de seu próprio limite. (...) Uma imposição é um limite, um condicionamento, uma regra. Um Oferecimento é também um mandado externo, vindo de fora do Coletivo, mas que o grupo receberia submetendo-o à análise crítica, para daí descobrir formas intermediárias para lidar com aquilo que, em princípio, aparecera como um determinante absoluto. (...) A Capacidade de Análise constitui a base sobre a qual se constroem Grupos Sujeitos (com coeficientes de alienação relativamente pequenos) e Sujeitos com autonomia e responsabilidade.

Qual Sujeito estaria apto a expressar (significar) o que seriam Valores de Uso ou necessidades para os outros? A partir de que racionalidade se definiriam os compromissos com objetos e objetivos? A partir de que lugar de força se distribuiria o produzido? Em torno dessas questões, estrutura-se o Poder, poder este capaz de definir o sentido primário da produção de bens e serviços, bem como o de verdades e de sentidos para as coisas. Uma maneira de atenuar o predomínio da função controle sobre a de autonomia sem provocar o caos é, portanto, operar em Coletivos Organizados com o conceito de Oferecimento, contribuindo com isso para a ampliação de sua capacidade de análise. A recomendação de que as Ofertas não sejam ignoradas representa o momento de controle do Método da Roda e, ao mesmo tempo, a possibilidade de fazer análise crítica, o fator autonomia, de examinar a “oferta” dirigida ao Coletivo desde outros atores ou de distintas esferas institucionais, e aprender a lidar de forma produtiva com ela .(CAMPOS, 2000,p. 216)

9- Objeto de Investimento e Ideal e Grupo

O que o grupo quer ser “quando crescer”? A ideia de ideal de grupo é uma adaptação da ideia de ideal do EGO. Nem sempre bate com a MISSÃO ou com o objetivo.

10- Espaços Coletivos

Existem? Quem participa? Por quê? Como são organizados? Como funcionam?

11 - Capacidade de Intervenção

Capacidade do grupo de interferir na vida, de experimentar, de fazer diferente e as diferenças, “pelomeno uma hora por semana”.

ANEXO 3: Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Coletivos - Gerenciais por participantes do GBP

(lembrar que esta é uma proposta de roteiro, que deve ser apresentada ao grupo para avaliação e aperfeiçoamento. É uma referência para apresentação de casos, e nunca uma obrigação. A apresentação de caso precisa ser livre.)

- 1- Grupos e pessoas envolvidos.
- 2- História desses grupos ou pessoas no serviço (na medida do possível).
- 3- Interesses e desejos envolvidos.
- 4- Como a equipe se sente em relação ao tema?
- 5- Qual é o problema escolhido? E como foi essa escolha?
- 6- Para quem este problema é um problema? E para quem não é?
- 7- Como os diferentes atores lidam com o tema?
- 8- Quais as possíveis causas dessas diferenças na maneira de lidar?
- 9- Quais os espaços coletivos em que essas questões puderam ser abordadas?
- 10- Como esses espaços são organizados? Quais são os seus objetivos? Quem tem voz nesses espaços? Como é definida a pauta?
- 11- História das intervenções feitas em relação ao tema.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge



SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da
Educação

Ministério da
Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



FIOCRUZ
UNIDADE MATO GROSSO DO SUL



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública

