



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Clínica Ampliada e Compartilhada

Brasília – DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS



Clínica Ampliada e Compartilhada

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

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

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

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

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício-sede, sala 954

CEP: 700058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3762 / 3315-2782

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

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

Coordenador da Política Nacional de Humanização:

Dário Frederico Pasche

Projeto gráfico e diagramação:

Alisson Sbrana - Núcleo de Comunicação/SAS

Revisão:

Bruno Aragão

Fotos:

Radilson Carlos Gomes

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

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

Fax: (61) 3233-9558

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

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

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Khamila Christine Pereira Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Clinica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

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

ISBN 978-85-334-1582-9

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0276

Títulos para indexação:

Em inglês: Hospital management: extended general practice and democratic management

Em espanhol: Clínica ampliada y compartida

Sumário

Apresentação

05

Por que precisamos
de Clínica Ampliada?

09

O que é Clínica Ampliada?

11

Algumas sugestões práticas

24

Projeto Terapêutico Singular

39

Uma anamnese para a Clínica Ampliada
e o Projeto Terapêutico Singular

47

A reunião de equipe

55

Projeto Terapêutico Singular e gestão

56

Referências

62

Apresentação

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários,

trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

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

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

A Política Nacional de Humanização não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar. Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação das diferentes diretrizes e dispositivos com que operamos. As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora;

com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Brasília, 2009.





Por que precisamos de Clínica Ampliada?

Existem dois aspectos importantes para responder a esta pergunta.

O primeiro é que, dentre as muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podemos distinguir três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas;

no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente.

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

No plano hospitalar, a fragilidade causada pela doença, pelo afastamento do ambiente familiar, requer uma atenção ainda maior da equipe ao usuário. O funcionamento das Equipes de Referência possibilita essa atenção com uma responsabilização direta dos profissionais na atenção e construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular.

Do mesmo modo, no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada.

Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar também com conflitos. Os instrumentos aqui propostos - Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares - têm-se mostrado como dispositivos resolutivos quer seja no âmbito da atenção como no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde.

O que é Clínica Ampliada?

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso.

Todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias (danos), os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença.

É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade. Mas esta universalidade é verdadeira apenas em parte. Isso pode levar à suposição de que sempre bastaria o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado, “Cada caso é um caso”, e esta consideração pode mudar, ao menos em parte, a conduta dos profissionais de saúde.

Por exemplo: se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.

Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito.



Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda “excessiva”, algo que violentaria o seu “verdadeiro” papel profissional. A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença

Busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde,

vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas

A complexidade da clínica em alguns momentos provoca sensação de desamparo no profissional, que não sabe como lidar com essa complexidade.

O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”

As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, 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) seja bem delimitado.

As organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional.

Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho,

É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos. Mas esta universalidade é verdadeira apenas em parte.

da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho.

A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial (ver adiante nesta cartilha) contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.

4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

Os 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 rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.

5. Suporte para os profissionais de saúde

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora - ainda que falsamente protetora - porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer.

É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento” que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disto, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (Projeto Terapêutico Singular) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade - por exemplo, 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 do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc.

A seguir, veremos algumas situações concretas.

Três casos concretos

Caso 1

Um serviço de hematologia percebeu que, mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não melhoraria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, tinha poucas opções de trabalho.

O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Era necessário criar novas opções de trabalho para esses usuários do serviço, uma vez que, apenas com o tratamento convencional, não seria possível obter resultados satisfatórios. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com a ideia de oferecer cursos para os usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida.

O serviço buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença. Além disto, ao perceber que as consequências



atuais da doença tinham determinantes culturais, sociais e econômicos muito relevantes, criou ações práticas para atuar neste âmbito: iniciou conversas na cidade com movimentos sociais diretamente interessados no tema, buscando atuar junto com estes movimentos, com o poder público municipal e com outros serviços de saúde.

O serviço de saúde “abriu a roda” (método da inclusão) para que problemas e soluções em relação à anemia falciforme pudessem ser mais coletivos. Houve uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença e uma ação em direção ao compartilhamento desta compreensão. O objeto de trabalho do serviço de saúde se ampliou. Buscou diagnosticar não somente os limites e problemas, mas também as potencialidades dos usuários doentes e da comunidade.

A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados.

Caso 2

O compositor Tom Jobim certa vez foi perguntado por que havia se tornado músico. Bem-humorado, ele respondeu

que foi porque tinha asma. “Como assim?”, perguntou o entrevistador. “Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar”, explicou-lhe o músico. “Como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano”.

O exemplo de Tom Jobim mostra que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

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

Caso 3

Ao olhar o nome no prontuário da próxima paciente que chamaria, veio-lhe à mente o rosto e a história de Andréia, jovem gestante que pedira “um encaixe” para uma consulta

de “urgência”. Com 23 anos, ela estava na segunda gestação, porém não no segundo filho. Na primeira vez que engravidara, ela perdera a criança no sexto mês. Estela, obstetritz experiente, também fizera o pré-natal na primeira gestação e pôde acompanhar toda a frustração e tristeza da jovem após a perda.

Com o prontuário na mão, abriu a porta do consultório e procurou o rosto conhecido. Fez um gesto sutil com a cabeça acompanhado de um sorriso, pensando ou dizendo de forma inaudível: “Vamos?”.

Mal fechou a porta e já ouviu Andréia dizer, contendo um choro: “Ele não está se mexendo”. Quase escapou de sua boca uma ordem para que ela se deitasse imediatamente para auscultar o coração do bebê com o sonar. Olhou nos olhos de Andréia e, tendo uma súbita certeza do que estava acontecendo, disse: “Vamos deitar um pouco na maca?”.

Enquanto a ajudava a deitar-se, ainda olhou para o sonar, confirmando a convicção de que não o usaria... pelo menos não ainda.

Andréia se surpreendeu quando ela disse: “Feche os olhos e respire fundo”. Pegou a mão fria de Andréia, apertou entre as suas e colocou-a sob a sua mão, ambas sobre a barriga. Respirou fundo e procurou se colocar numa postura totalmente atenta, concentrando-se no instante. Agora eram ali duas mulheres, reinventando o antigo compromisso de solidariedade e sabedoria feminina para partear a vida.

Quanto tempo se passou? Não saberia dizer. O suficiente para que ele começasse a se mexer com movimentos fortes e vigorosos dentro da barriga, sacudindo as mãos das mulheres e derrubando lágrimas da mãe.

O que aconteceu foi que Estela pôde mediar uma “conexão”, possibilitar uma vivência que estabeleceu uma conversa silenciosa entre mãe e filho e permitiu a Andréia aprender a conhecer e utilizar a sua própria força e lidar com o medo ao atravessar o “aniversário” de uma perda.

Algumas sugestões práticas

A escuta

Significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema

somente do serviço de saúde. Assim o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo a depender do tipo de serviço de saúde, mas é possível escolher quem precisa mais e é possível temperar os encontros clínicos com estas “frestas de vida”.

Vínculo e afetos

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem uma experiência ruim com a polícia não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito que tem esta profissão. Não significa, de antemão, uma relação melhor ou pior, mas é necessário aprender a prestar atenção a estas sensações às vezes evidentes, mas muitas vezes sutis. Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

A Clínica Ampliada traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos.

Nesse processo, a Equipe de Referência é muito importante, porque a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares é singular, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente se multipliquem. Sem esquecer que, dentro da própria equipe, estes sentimentos inconscientes também podem ser importantes na relação entre os profissionais da equipe.

Muito ajuda quem não atrapalha

Infelizmente, o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Entretanto, ocorre com relativa frequência o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem esses medicamentos do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles trazem riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os

devidos critérios. A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. Os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na Clínica Ampliada para diminuir o número de doenças causadas por tratamento inadequado e para não iludir as pessoas.

Culpa e medo não são bons aliados da Clínica Ampliada

Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando percebe que o usuário não obedeceu às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso que não é bom para ninguém.

A culpa paralisa, gera resistência, além de poder humilhar. É mais produtivo tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário e com a qual ele se corresponsabilize.

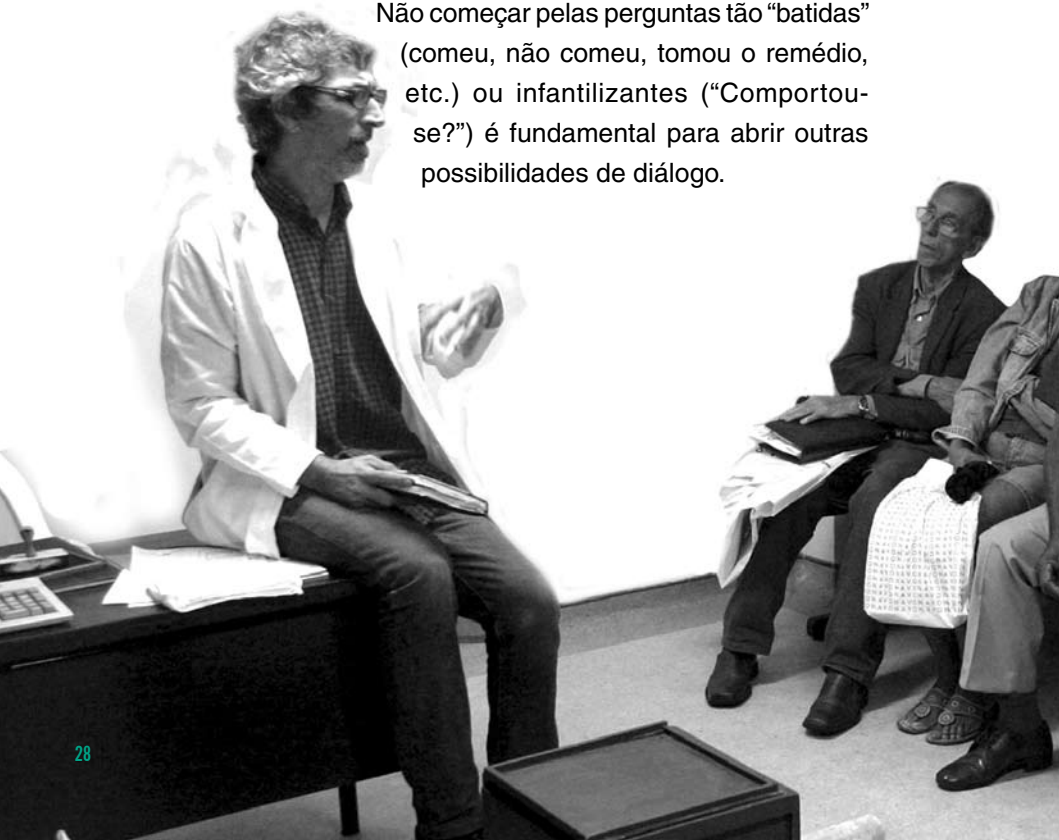
O fracasso e o sucesso, dessa forma, dependerão tanto do usuário quanto da equipe e a proposta poderá ser mudada sempre que necessário.

Mudar hábitos de vida nem sempre é fácil, mas pode se constituir numa oferta positiva para viver experiências novas e não significar somente uma restrição. Atividade física e mudanças alimentares podem ser prazerosas descobertas. Mas atenção: não existe só um jeito saudável de viver a vida.

Diálogo e informação são boas ferramentas

Se o que queremos é ajudar o usuário a viver melhor, e não a torná-lo submisso à nossa proposta, não fazemos das perguntas sobre a doença o centro de nossos encontros.

Não começar pelas perguntas tão “batidas” (comeu, não comeu, tomou o remédio, etc.) ou infantilizantes (“Comportou-se?”) é fundamental para abrir outras possibilidades de diálogo.



Outro cuidado é com a linguagem da equipe com o usuário. Habituá-lo a perguntar como foi entendido o que dissemos ajuda muito. Também é importante entender sua opinião sobre as causas da doença. É comum que doenças crônicas apareçam após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisão na família. Ao ouvir as associações causais, a equipe poderá lidar melhor com uma piora em situações similares, ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise.

As pessoas não são iguais e reagem diferentemente aos eventos vividos. Além de interesses, existem forças internas, como os desejos (uma comida especial, uma atividade importante) e também forças externas – a cultura, por exemplo – que influenciam sobre o modo de viver. Apresentar os possíveis riscos é necessário, de modo que o usuário possa discuti-los e negociar com a equipe os caminhos a seguir.



Doença não pode ser a única preocupação da vida

Muitas doenças têm início em situações difíceis, como processos de luto, desemprego, prisão de parente, etc., e a persistência dessas situações pode agravá-las. É importante, nesses casos, que a equipe tenha uma boa capacidade de escuta e diálogo, já que parte da cura ou da melhora depende de o sujeito aprender novas formas (menos danosas) de lidar com as situações agressivas.

A ideia de que todo sofrimento requer uma medicação é extremamente difundida, mas não deve seduzir uma equipe de saúde que aposte na capacidade de cada pessoa experimentar lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva.

Evitar a dependência de medicamentos é essencial. Aumentar o interesse e o gosto por outras coisas e novos projetos também é.

A vida é mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável. O processo de “medicalização da vida” faz diminuir a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos o centro da vida.

A medicação deve ser encarada como se fosse um pedido de tempo numa partida esportiva: permite uma respirada

e uma reflexão para continuar o jogo. Mas o essencial é o jogo e não sua interrupção.

A clínica compartilhada na saúde coletiva

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde neste campo, mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica? Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?

A Política Nacional de Combate à Aids pode nos ensinar alguma coisa sobre o assunto, na medida em que procura os movimentos sociais (sujeitos coletivos) como parceiros de luta no combate à doença. As campanhas baseadas no medo foram substituídas há muito tempo por campanhas mais instrutivas e que apostam na vida e na autonomia das pessoas. Estas são, talvez, as principais características de ações de saúde coletiva ampliadas: buscar sujeitos coletivos como parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão. Este compromisso nos obriga a buscar as potências coletivas, evitar a culpabilização, estar atentos às relações de poder (macro e micropolíticas).

Equipe de Referência e Apoio Matricial

O conceito de Equipe de Referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão, esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários.

As Equipes de Referência e Apoio Matricial surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador. Nesse sentido, a proposta de Equipes de Referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. As equipes transdisciplinares devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe.

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário. Há muitas possibilidades de operacionalização de Apoio Matricial. Vamos destacar duas modalidades que tendem a carregar consigo toda a

potência desse arranjo: o atendimento conjunto e a discussão de casos/formulação de Projetos Terapêuticos Singulares.

O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução. Realizar, em conjunto com o apoiador ou equipe de apoio matricial, uma consulta no consultório, na enfermaria, no pronto socorro, no domicílio, ou em outro espaço; coordenar um grupo; realizar um procedimento. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

A discussão de casos e formulação de Projetos Terapêuticos Singulares consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, seja de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de Apoio Matricial. Na atenção básica, geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são aqueles

Para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular.

mais complexos. Já em hospitais e serviços especializados, muitas vezes são feitos projetos terapêuticos singulares para todos os casos. A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas.

Num serviço hospitalar, pode-se definir a Equipe de Referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. Por exemplo, um certo número de leitos em uma enfermaria a cargo de uma equipe. Esta mesma equipe pode ter profissionais que trabalhem como apoiadores, quando fazem uma “interconsulta” ou um procedimento com usuários que estão sob a responsabilidade de outra equipe. A diferença do apoio e da interconsulta tradicional é que o apoiador faz mais do que a interconsulta: ele deve negociar sua proposta com a equipe responsável. Ou seja, é de responsabilidade da Equipe de Referência entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir. Nessa proposta, não é possível transferir a responsabilidade dos “pedaços” do usuário por especialidades.

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

de lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e tentando construir projetos terapêuticos. Durante o dia, é recomendável dispor de profissionais com contratos de diaristas para poder acompanhar os frequentadores assíduos e os internados de forma mais eficaz e constituir, de fato, uma equipe multiprofissional. No entanto, mesmo quando há esta inserção horizontal de profissionais no serviço é necessário trocar plantões. Estes momentos podem ser valorizados para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

As Equipes de Referência nas unidades de urgência deverão se responsabilizar pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas do hospital. Enquanto um usuário aguarda uma internação no “pronto-socorro”, ele deve ser considerado como de responsabilidade da Equipe de Referência da urgência, para evitar que o paciente fique abandonado no vácuo das unidades hospitalares.

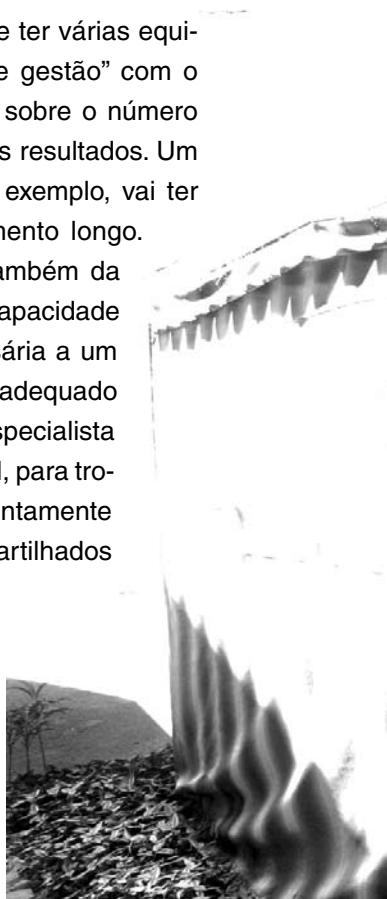
Há também os contratos com as unidades externas do hospital: as equipes de atenção básica ou de um serviço de especialidade precisam saber – não somente por meio do usuário – que um paciente sob sua responsabilidade está usando assiduamente uma unidade de urgência ou apresentou uma complicação de um problema crônico. É preciso criar novas formas de comunicação na rede assistencial a partir do Apoio Matricial. Hospitais e serviços de especialidade estão em posição privilegiada, do ponto de vista epidemiológico, para perceber tendências sanitárias

e dificuldades técnicas. O Apoio Matricial convida estes serviços a utilizar este privilégio com responsabilidade e competência pedagógica, assumindo um papel na qualificação e construção da rede assistencial.

Em relação à rede de especialidades, como funciona o princípio da Equipe de Referência? Da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter “dois usuários”: os seus usuários propriamente ditos e as Equipes de Referência da atenção básica, com a qual estes usuários serão compartilhados.

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

Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar



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



A proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) pode ser entendida como uma proposta de Apoio Matricial. Se o contrato do profissional de nutrição, por exemplo, não for de Apoio Matricial, sua ação em consultas individuais será segmentada e ele não dará conta da demanda. Por outro lado, se ele aprender a fazer o apoio, poderá compartilhar os seus saberes para que as equipes na atenção básica, sob sua responsabilidade, sejam capazes de resolver os problemas mais comuns. Este nutricionista participaria das reuniões com as equipes para fazer projetos terapêuticos singulares nos casos mais complicados, ou faria atendimentos conjuntos, como referidos acima. A atenção individual pode ocorrer, mas não deve se configurar na principal atividade do nutricionista. Evidentemente, para que isso aconteça, o profissional que faz apoio deve adquirir novas competências pedagógicas e o contrato com o gestor deve ser muito claro.

A proposta de Equipe de Referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte

As dificuldades no trabalho em saúde refletem baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho.

dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque, se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes “recortam” os pacientes em partes ou patologias, as Equipes de Referência são uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações.



O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.).

O Projeto Terapêutico Singular contém quatro movimentos:

1) Definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A equipe deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo que fizeram dele, procurando não só os problemas, mas as potencialidades. É importante lembrar de verificar se todos na equipe compartilham das principais hipóteses diagnósticas, e sempre que possível aprofundar as explicações (por que tal hipótese ou fato ocorreu?).

2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

Os motivos e as expectativas das pessoas precisam ser trabalhados na Clínica Ampliada para diminuir o número de doenças causadas por tratamento inadequado.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do Projeto Terapêutico Singular é a escolha de um profissional de referência. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico Singular. Aquele que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante. Articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do Projeto Terapêutico Singular. Pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão.

4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. É simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

a) A escolha dos casos para reuniões de Projeto Terapêutico Singular: na atenção básica a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão). Na atenção hospitalar e centros de especialidades, provavelmente todos os pacientes precisam de um Projeto Terapêutico Singular.

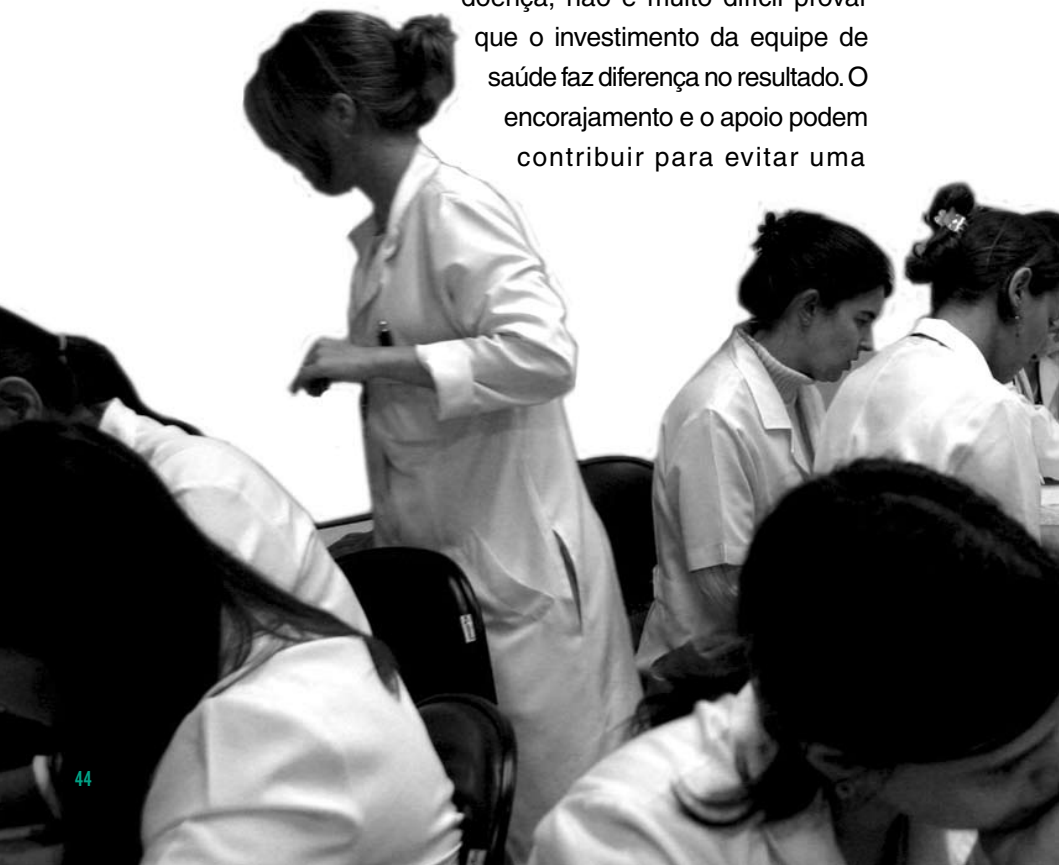
b) As reuniões para discussão de Projeto Terapêutico Singular: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do Projeto Terapêutico Singular é o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo além do núcleo profissional. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do Projeto Terapêutico Singular. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um Projeto Terapêutico Singular frente à equipe.

c) Tem sido importante para muitas equipes na atenção básica e centros de especialidades reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do Projeto Terapêutico Singular. Em hospitais, as reuniões geralmente têm que ser diárias.

d) O tempo de um Projeto Terapêutico Singular: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na atenção básica e centros de especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa

processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão Projetos Terapêuticos Singulares com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

e) Projeto Terapêutico Singular e Mudança: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma



atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave. Se esta participação do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados.

Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja, de usuários para os quais existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença, é mais fácil ainda para uma equipe exi-



mir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O Projeto Terapêutico Singular, nesses casos, pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não-envolvimento” compromete as ações de cuidado e adoecce trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

Diante dessa tendência, é importante no Projeto Terapêutico Singular uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. A herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), experimentando a proposta de que o sujeito é construção permanente e que pode produzir “margens de manobra”, deve ser incorporada na Clínica Ampliada e no Projeto Terapêutico Singular. À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergavam certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do Projeto Terapêutico Singular, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que

fazer, pode-se encontrar muito trabalho. As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas cuidadosamente pela equipe para evitar atropelamentos. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.

Uma anamnese para a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada sujeito acometido por uma doença de forma diferente da tradicional. Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião de Projeto Terapêutico Singular pode não acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as ideias e as palavras do usuário. Exceto quando ocorra alguma urgência ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas e muito menos duvidar dos fatos que a teoria não explica (“Só dói quando

chove”, por exemplo). Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, esta anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas.

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia. A partir da anamnese ampliada, o tema da intervenção ganha destaque. Quando a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma atitude “apostólica” ou infantilizante.

O processo de
“medicalização da vida”
faz diminuir a autonomia
e aumenta a dependência
ou a resistência ao
tratamento.

Propomos que não predomine nem a postura radicalmente “neutra”, que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem aquela, típica na prática biomédica, que pressupõe que o sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas. Outra função terapêutica da história clínica acontece quando o usuário é estimulado a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de um usuário que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento: com medo? Conformado? Agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isso é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento e não é incomum a produção de uma certa “esquizofrenia”, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde como se elas estivessem levando o carro ao mecânico: a doença e o corpo ficam dissociados da vida. Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento. O que chamamos de história “psi” em parte está misturado com o que chamamos de história clínica, mas aproveitamos recursos do campo da saúde mental para destacar aspectos que nos parecem essenciais:

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



- Procurar conhecer as singularidades do sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico;



- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico;

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

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores e na relação com o usuário.

- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia das pessoas e podem ou não ser extremamente terapêuticos. Só não podem ser ignorados;

- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do sujeito;

- Fazer a “história de vida”, permitindo que se faça uma narrativa, é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Com a vantagem de que, se os fatos passados não mudam, as narrativas podem mudar, e isto pode fazer muita diferença. Como esta técnica demanda mais tempo, deve ser usada com mais critério. Muitas vezes, requer também um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera. Várias técnicas de abordagem familiar, como o “ecomapa”, “rede social significativa” entre outras, podem enriquecer esta narrativa. O importante é que estes são momentos que possibilitam um autoconhecimento e uma compreensão do momento vivido atualmente no contexto de vida de cada um. Então, muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, estamos falando de o usuário poder se reconhecer diante do problema



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

A partir de todo este processo, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (coordenação). Geralmente, esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo.

A reunião de equipe

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão (CAMPOS, 2000) tem uma visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

Projeto Terapêutico Singular e gestão

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

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

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de Projeto Terapêutico Singular é o matriciamento com (outros) especialistas. À medida que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades - e esta é uma paradoxal

condição de aprendizado e superação - ela pode pedir ajuda. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, este é, potencialmente, um excelente espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis com as quais nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar. Este encontro é mais fecundo quando há um contrato na rede assistencial sobre a existência de Equipes de Referência e Apoio Matricial.

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

A proposta de Equipe de Referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores.

Algumas questões disparadoras que as equipes de saúde podem utilizar para começar a praticar a formulação do Projeto Terapêutico Singular em grupo e a problematizar a sua relação com os usuários:

Quem são as pessoas envolvidas no caso?

- De onde vêm? Onde moram? Como moram? Como se organizam?
- O que elas acham do lugar que moram e da vida que têm?
- Como lidamos com esses modos de ver e de viver?

Qual a relação entre elas e delas com os profissionais da equipe?

De que forma o caso surgiu para a equipe?

Qual é e como vemos a situação envolvida no caso?

- Essa situação é problema para quem?
- Essa situação é problema de quem?
- Por que vejo essa situação como problema?
- Por que discutir esse problema e não outro?
- O que já foi feito pela equipe e por outros serviços nesse caso?
- O que a equipe tem feito com relação ao caso?
- Que estratégia/aposta/ênfase têm sido utilizadas para enfrentar o problema?
- Como este(s) usuário(s) tem/têm respondido a essas ações da equipe?

- Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)?
- O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)?
- Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?
- O que os outros serviços de saúde têm feito com relação ao caso? Como avaliamos essas ações?

A que riscos (individuais, políticos, sociais) acreditamos que essas pessoas estão expostas?

Que processos de vulnerabilidade essas pessoas estão vivenciando?

- O que influencia ou determina negativamente a situação (no sentido da produção de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas procuram superar essas questões?
- O que protege ou influencia positivamente a situação (no sentido da diminuição ou superação de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas buscam redes para ampliar essas possibilidades?
- Como os modos de organizar o serviço de saúde e as maneiras de agir da equipe podem estar aumentando ou diminuindo vulnerabilidades na relação com essas pessoas?

Que necessidades de saúde devem ser respondidas nesse caso?

O que os usuários consideram como suas necessidades?

Quais objetivos devem ser alcançados no Projeto Terapêutico Singular?

Quais objetivos os usuários querem alcançar?

Que hipóteses temos sobre como a problemática se explica e se soluciona?

Como o usuário imagina que seu “problema” será solucionado?

Que ações, responsáveis e prazos serão necessários no Projeto Terapêutico Singular?

Com quem e como iremos negociar e pactuar essas ações?

Como o usuário e sua família entendem essas ações?

Qual o papel do(s) usuário(s) no Projeto Terapêutico Singular? O que ele(s) acha de assumir algumas ações?

Quem é o melhor profissional para assumir o papel de referência?

Quando provavelmente será preciso discutir ou reavaliar o Projeto Terapêutico Singular?



Referências

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

CAMPBELL, S. M. et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*, [S.l.], v. 323, p. 784, 2001.

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

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

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

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

_____. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

- CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007
- CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- ILLICH, I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- KLOETZEL, K. Raciocínio Clínico. In: DUNCAN, B. B. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 1996. Cap. 1, p. 46-49.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- _____. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, R. B. de. Clínica e Biopolítica no Contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 71-79, 2001.
- PORTO, L. S. O Paciente Problema. In: DUNCAN, B. B. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], Cap. 7, p. 586-592, 1996.
- ROSE, Geoffrey. Sick individuals and sick populations. *Bull World Health Organ*, [S.l.], v. 79, n. 10, p. 32-38, 2001. ISSN 0042-9686.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON;
ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS;
NHS ALLIANCE. *Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS: the need for coordinated management programmes: report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance*. [S.l.]: NHS Alliance, 2004.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 441-9, maio/jun. 2005.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: _____. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. p. 365.

_____. Is US Health Really the Best in the World? *Am. J. Med.*, [S.l.], n. 284, p. 483-485, 2000.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T.; CAMPOS, G. W. S. *Influências da biomedicina na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente: Seminário de Cultura História e Política*. Rio de Janeiro: IMS: Uerj, 1998. 30 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 177).

ISBN 978-85-334-1582-9



9 788533 415829

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde

