

projeto terapêutico singular como dispositivo para o **cuidado compartilhado**

helvo slomp junior
túlio batista franco
emerson elias merhy

projeto terapêutico singular
como dispositivo para o
cuidado compartilhado



Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/
UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Capa, projeto gráfico e diagramação

Rafael Feitosa Naruto

Fotografia

Edna Fujika Uenaka

Tipografias

Alternate Gothic e Próxima Nova

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes - CRB-8 8846

S634p Slomp Júnior, Helvo; **Franco**, Túlio Batista; **Merhy**, Emerson Elias (org.).

Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado / Organizadores: Helvo Slomp Júnior, Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy; Prefácio de Laura Camargo Macruz Feuerwerker. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

222 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 23).

E-Book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-77-8

DOI 10.18310/9788554329778

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Continuada. 4. Prática Clínica Baseada em Evidências. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180129

CDD 614

CDU 614

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública

2. Serviços de Saúde Pública.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	07
PRÓLOGO	11
AGRADECIMENTOS	15
INTRODUÇÃO	16
Corpo, clínica, afecto e o trabalho vivo em ato	
Capítulo I	24
O cuidado e sua relação com a clínica e a atenção à saúde	
Capítulo II	52
De onde vem, por onde já passou e o que é isso que chamamos projeto terapêutico singular	
Capítulo III	89
Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades I: montando a caixa de ferramentas, problemas de saúde e relações de familiaridade	
Capítulo IV	113
Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades II: os atravessamentos de adoecimento e morte, e os agenciamentos de vida e saúde	
Capítulo V	133
Manejando ferramentas para o cuidado I: o ecomapa e, o fluxograma analisador e a coordenação do cuidado	
Capítulo VI	151
Manejando ferramentas para o cuidado II: as histórias de vida	
Capítulo VII	175
Construindo um plano de cuidados: ralentando o cuidado, produzindo interferências, e abrindo para a redução de danos	

Capítulo VIII _____ 198

Fabricando um projeto terapêutico singular: a educação permanente e o diário cartográfico

Sobre os autores _____ 219

PREFÁCIO

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Foi com alegria que recebi o convite para escrever este prefácio! Amigos queridos e muitos diálogos entre nossas produções - solo ou compartilhadas - compõem nossas existências e são trazidos para o texto.

Iniciativa que vem em boa hora, atendendo a uma necessidade de que compartilho: faltam materiais acessíveis e não simplificados para debater a ideia e a construção de projetos terapêuticos singulares com estudantes de graduação (de todas as profissões da saúde) e até mesmo com trabalhadores da saúde que, muitas vezes, experimentam processos unilaterais, esquemáticos e/ou agarrados com a pretensão de governar a vida do(a) outro(a), como vocês discutem no texto.

Gostei muito de toda a construção!! Para agregar alguns sabores e temperos, pensei em destacar algumas questões.

Uma tem a ver com essa questão dos projetos terapêuticos e o governo da vida. Como se discute no texto, em diferentes lugares de produção de cuidado essa relação se expressa de distintos modos, inclusive a partir dos lugares de poder e governo da vida. Governabilidade muito maior da equipe e constrangimento máximo do usuário no hospital, governabilidade muito menor da equipe e expansão maior dos usuários nos territórios da vida (FEUERWERKER, 2016; MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

Fiquei com vontade de trazer para a cena dois territórios de produção geralmente bastante compartilhada, e que não emergem tanto no texto.

Um é o da atenção domiciliar. Cuidado produzido na casa, território do usuário, de sua família - com a conformação que tiver. Em nossas pesquisas foi exatamente nesse lugar que nos encontramos com graus muito mais explícitos de disputas de pro-

jetos terapêuticos, envolvendo usuários, cuidadores e equipes (CARVALHO; CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER; MERHY, 2007).

A rigor o cuidado sempre é compartilhado (mesmo no lugar de governabilidade mínima do usuário), só que há distintas visibilidades para a disputa, diferentes possibilidades de expressão para quem “recebe” o cuidado. Muitas vezes aos usuários resta somente a possibilidade de “desobedecer” na prática, sem conversa, sem oportunidade de negociação. Nas pesquisas da atenção domiciliar usamos a imagem de uma flecha para dar visibilidade a esse projeto que atravessa o outro sem convite para compartilhamento. E que é devolvido também como flecha, nomeada como rebeldia pelas equipes.

Quando reconhecemos que os usuários pedem apoios, cuidados, mas não estão dispostos a entregar o governo de suas vidas, fica mais claro que o compartilhamento é, na verdade, uma condição constitutiva, efetivada por bem ou por mal.

As equipes de atenção domiciliar constroem muitas e muitas vezes projetos terapêuticos compartilhados, mesmo em situações nem tão complexas. São mais atravessadas pelas vidas, pelas relações. Projetos em que os protagonismos, mesmo entre os trabalhadores das equipes, variam. Projetos que, sem algum acordo mínimo com os cuidadores, tendem ao retumbante e muito visível fracasso, porque, de fato, quem está lá todo o tempo, são usuário e cuidador e as equipes, muitas e muitas vezes, reconhecem isso.

Mas, pensem bem, quase sempre é assim.... e sem negociação, pensemos nos tantos acasos de abandonos, de fracassos terapêuticos...

A rua é outro lugar em que a necessidade imperiosa do compartilhamento se expressa de modo intensivo. Aqui, até para começar a conversa, é preciso reconhecer o outro, suas questões, seus desejos, que se expressam de modo tão claro que muitas equipes topam a redução de danos como quase única possibilidade de aproximação

(LANCETTI, 2020). Então, redução de danos/ampliação de potência dos existires diversos são também uma modalidade de projeto terapêutico compartilhado de que temos muito a aprender!!

Muitas vezes, nos encontros terapêuticos em diferentes espaços e sob distintas relações, nossa máxima possibilidade de ação tem como efeito...a redução de danos!!!

E aqui a outra questão que gostaria de agregar.

Essa pretensão que nos habita, profissionais da saúde, de “resolver problemas e situações”, quando muitas e muitas vezes “resolver” é uma hipótese inexistente (SIQUEIRA et al., 2016). Mais ainda inexistente porque os modos como vemos os problemas e os modos como os usuários os vivenciam são, no mais das vezes, muito distintos (disputas, então, constitutivas) e nossa máxima contribuição é colaborar (de modo que faça sentido para o outro) para ampliação de sua caixa de ferramentas para manejar os problemas, os sofrimentos, as situações. “Doença” que faz parte da saúde. Problemas e sofrimentos que são constitutivos das existências. Quase sempre, não só nas situações que reconhecemos como “complexas” e quase só não em situações agudas, pontuais etc.

Então, compartilhamento como diz este livro em alto e bom tom é nossa única possibilidade, se estamos preocupados com a ampliação das potências de existir e não pretendemos encaixotar a vida dos outros a partir de nossas autoridades e poderes... então é bom reconhecer que a construção dos projetos terapêuticos singulares, de modo ampliado ou não, explicitamente ou não, é a possibilidade de cuidados que façam sentido para os usuários!

E ficam ecoando as perguntas: e quem mesmo cuida de quem? E quem consegue a proeza de não sair transformado?!

Referências

CARVALHO, L. C. de; CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud colectiva*, [S.l.], v.3, n.3, p.259–269, dez.2007. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652007000300004-&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 10 maio 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 35–47. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. do C. (org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60–75.

SIQUEIRA, P. M. de et al. “Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 141–146. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

PRÓLOGO

Apresentar um livro costuma dizer o que ele é, o contexto de sua escrita, e tudo aquilo que quem o escreveu espera dele. Às vezes se resume um pouco à lógica da sua estrutura, como foi pensado de acordo com a distribuição dos conteúdos. Em um prólogo não raro se faz tudo isso, para servir de orientação para o(a) leitor(a).

O que é este livro? Nos capítulos que se seguem oferecemos uma proposta possível para se tirar proveito desta caixa de ferramentas que pode ser o projeto terapêutico singular, em uma escrita que não apresentamos como a mais completa ou melhor ou mais atualizada do que qualquer outra, promessas mais afeitas a livros-texto ou tratados.

Logo, também não poderíamos requerer para este texto o caráter de revisão sobre o tema, porque, se outras perspectivas sobre o assunto aparecem aqui ou ali no texto, é mais por reconhecermos que, mesmo que nossas lanternas a cada momento estejam iluminando apenas para onde olhamos quando atualizamos nossas experiências neste texto, não seria elegante – nem daria a devida consistência ao texto – omitir os territórios de vizinhança que os fochos de luz vão pegando de relance. Com efeito, sobre o tema “projeto terapêutico”, as referências usadas ao longo do livro podem muito bem demonstrá-lo.

Mas e por quê projeto terapêutico novamente? Se um caso “difícil” já não é simples, por que complicar mais? Porque talvez a tentativa de simplificar e/ou sistematizar, que temos a tendência de fazer para muitas coisas, seja um caminho ilusório no sentido de “facilitar” de fato as coisas, no mais das vezes. Na verdade está implícita nesta escolha de simplificação uma aceleração justamente de nossa intervenção como profissionais de saúde.

Compreender que a realidade é ainda mais complexa do que já parece, e deixar de querer transformá-la de uma hora para outra, mas aceitar papéis como o de me-

diador(a) ou facilitador(a), é um dos caminhos para interferências muito interessantes, cujos resultados podem ser surpreendentes, em especial no mundo do cuidado.

Projeto terapêutico é uma ferramenta muito utilizada em certos serviços de saúde no SUS, especialmente na saúde mental e na atenção básica. No primeiro caso, muitas vezes, tem sido um roteiro cotidiano de trabalho, nos CAPS por exemplo, e no segundo caso quando algumas equipes enfrentam um “caso complexo”, que as desorganiza ou paralisa.

Considerando que para se produzir mais vida em situação de sofrimento é preciso levar em conta os muitos sentimentos, perspectivas, contradições, condições de vida e conflitos envolvidos, e que só assim se consegue uma compreensão multidimensional, interdisciplinar e intersetorial que permita pensar na transformação, para melhor, de um momento de vida, e não apenas em “curar uma doença”, no qual diversos sujeitos devem ser envolvidos na escolha e execução de propostas concretas de ação, um processo portanto coletivamente construído e negociado. Eis o primeiro desafio, para o qual existe esta construção chamada projeto terapêutico.

Acreditamos que tratamos aqui de uma construção histórica e coletiva em constante transformação, e, se entendemos haver certa originalidade em algumas das amarrões que nos esforçamos em fazer, nesta obra, seria porque algumas produções de nossos coletivos de pesquisa, que relemos ao longo do livro, assim o possibilitaram. Se este material servir como porta de entrada para estes mesmos coletivos, com os quais convivemos na lida ensino-pesquisa-extensão-serviços de saúde, para que possam contar com mais ferramentas em seu trabalho, já valeu o esforço. Se alcançarmos ainda diálogos com outros coletivos, será maravilhoso.

Mas, vamos lá, vemos este livro como sendo um debruçar-se sobre experiências vividas de dentro ou de perto, para delas extrair análises sobre o tema. Nós, autores, sem que nos coloquemos como exceções, sempre tivemos que lidar com o projeto terapêutico, de um jeito ou de outro, ainda que o mesmo – enquanto conceito – nem

sempre circulasse nas cenas que vivíamos a cada experiência. Por isso mesmo, o que há de mais autoral aqui, ao nosso ver, não é um certo conjunto de novas verdades sobre o assunto, e muito menos novas “marcas registradas”, mas sim um esforço de compartilhamento de saberes das várias experiências que tivemos, algumas ainda em andamento.

Resolvemos escrever este livro, inicialmente, com a finalidade de servir de apoio para aulas e orientações nos processos formativos do campo da saúde, pois, depois de outras experiências na vida profissional, diretamente no cuidado e em atividades de gestão, hoje vivemos a vida de professores/pesquisadores. No entanto o projeto foi crescendo, as questões com as quais lidávamos aqui se revelavam “maiores” e mais instigantes do que pareciam antes, exigindo um cuidado com o texto que não pensávamos que seria tão grande. O processo de construção deste texto foi casado com a trajetória acadêmica do autor Helvo Slomp Junior em um estágio de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, integrado com sua instituição (Universidade Federal do Rio de Janeiro), mas também com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Portanto, o projeto do livro acabou confluindo com um projeto do pós-doc e com a participação dos dois companheiros nesse processo, como orientadores: Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy. Nessas circunstâncias, o texto que era imaginado distanciou-se no tempo, ficou datado, e emergiu outra composição, que passou a conduzir a escrita.

Para finalizar este prologo, consideramos que possa interessar a certos(as) leitores(as) se explicitarmos as estratégias que usamos para conversar com um elenco de experiências na construção dos capítulos a seguir. Usamos como guias na elaboração das discussões: os nós críticos que vivenciamos como multidões de “eus” e como profissionais de saúde, mas especialmente como docentes de alunos de graduação em medicina quando de aulas e experimentações sobre projeto terapêutico, e também de alunos(as) de pós-graduação em áreas como Saúde Coletiva e Psicossociologia; de outro lado, aproveitamos a experiência de algumas das pesquisas de que participa-

mos, em especial a “rede de avaliação compartilhada (RAC)”, amplo estudo que analisou a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde em dezenas de cidades do território brasileiro, coordenada nacionalmente por um de nós, o Prof. Emerson Elias Merhy.

Desses lugares é que fomos conversando ao longo dos capítulos entre nós e com outras pesquisas e outras produções. Cada capítulo – e o livro como um todo – são sempre uma abertura de diálogo sobre certos temas, mas nunca uma proposição assentada como definitiva. No capítulo I problematizamos o que se entende por cuidado em saúde, frente ao tema da clínica e da atenção à saúde. No capítulo II nos esforçamos em resumir uma tímida genealogia do projeto terapêutico singular, além de outra tomada de posição inevitável ainda que arriscada, que é tentarmos conceituar, sempre de maneira provisória, o projeto terapêutico. Nos capítulos de III a VI pudemos desenvolver alguns interesses e marcadores que nos movem quando da construção de um projeto terapêutico, orientando-nos por um conceito de caixa de ferramentas, que é como vemos o projeto terapêutico singular. No capítulo VII, também operando nossa caixa de ferramentas, trabalhamos o tema do plano de cuidados. O capítulo VIII foi dedicado para o “como fazer” projetos terapêuticos.

Ao final desta escritura cremos poder esperar que o livro possa, como mais um material entre tantos, ajudar você, leitor(a), a cada vez mais aproveitar o projeto terapêutico como uma filosofia de cuidado compartilhado em saúde, em qualquer tempo e cenário onde ele possa funcionar como caixa de ferramentas, até mesmo na sua vida pessoal e familiar, uma caixa sempre deformável, renovável, mas acima de tudo um projeto ético, estético e político de produção de vida, nos quais todas vidas já existentes valem a pena serem vividas.

Abril de 2022

Os autores

AGRADECIMENTOS

À nossas companheiras/parceiras de vida e de estradas, filhas e filhos, amigas e amigos, enfim, a todas as nossas relações de familiaridade que, por acreditarem em nós, e nos darem um desconto quando estamos menos disponíveis para nossas vidas em comum, nos estimulam a cometer textos como este.

Aos coletivos produtivos voltados à saúde dos quais tivemos o imenso privilégio de participar, habitados por pessoas que cuidam em serviços de saúde do SUS, aquelas que gerem esses serviços, outras que neles são cuidadas, nossa maior motivação, mas também, sem dúvida, a colegas docentes-pesquisadores(as) e discentes de nossas universidades.

Enfim, a todas, todos e todes os viventes com quem temos nos encontrado em projetos pela saúde e pela vida.

introdução

corpo, clínica, afecto e o trabalho vivo em ato



INTRODUÇÃO

Corpo, Clínica, Afecto e o Trabalho Vivo em Ato¹

Este livro pretende discutir a questão da clínica como parte do cuidado em saúde, tomando como foco e analisador o conceito de projeto terapêutico. Há uma relação direta entre clínica, cuidado e projeto terapêutico, e esta relação tem sua origem no conceito de corpo. Ou seja, para discutir estes temas, temos que pensar inicialmente: o que é um corpo?, ou, lidarmos com a pergunta ontológica de Spinoza (2011): o que pode um corpo?

A premissa, ao fazer estas perguntas, é que a ideia que se faz de clínica, que conduz a certas práticas, tem por base o conceito de corpo. Ou seja, dependendo da resposta a “o que é um corpo”, pensa-se uma prática de saúde, as ferramentas enquanto saberes para lidar com este corpo e os modos de cuidar.

Foi tentando buscar a origem do conceito que encontramos em Foucault (1998), no seu consagrado livro “O Nascimento da Clínica”, as primeiras pistas para pensar o tema. O autor estava buscando compreender como e de onde nasce a clínica atual, e vai pesquisar a prática médica do século XVII. Diz o autor que até este período o corpo era considerado sagrado, e havia proibição por parte da igreja, que na época exercia um grande poder – equivalente ao do estado - quanto a mexer neste corpo após a morte. O corpo intocado era uma barreira ao avanço da pesquisa, e por isto, médicos, principalmente patologistas e cirurgiões, começam clandestinamente a abrir o corpo para entendê-lo, e a compreender seu funcionamento. O avanço da ciência impõe a realidade de que os estudos da medicina deveriam prosseguir, com autorização para o manejo e a pesquisa, usando os cadáveres para isto. Assim foi possível avançar na compreensão da anatomia e fisiologia humanas.

¹ Ver Merhy, Emerson Elias. Saúde: cartografia do trabalho vivo. Hucitec: São Paulo, 2002.

A etimologia da palavra clínica nos remete ao grego Klinikê, que significa “prática à beira do leito”, ou “debruçar-se sobre o leito”. Esta foi a prática de patologistas e cirurgiões que, no ato de debruçar-se sobre o corpo, observavam as formas, cores, texturas e posições dos órgãos. Desta forma foi se dando a descoberta de um corpo, favorecendo o nascimento de uma clínica à qual Foucault (1998) dá o nome de “clínica do olhar”, pois é através do olhar que aquele corpo vai se desvelando. A clínica, portanto, nasce como uma prática sobre o corpo, e a referência são as formas e estruturas físicas que o constituem.

A questão que surge imediatamente, após o nascimento da clínica, é o significado de corpo, conforme anunciado no primeiro parágrafo. A “clínica do olhar” revela as estruturas de um corpo, ao qual Foucault (1998) nomeia de corpo “anátomo-clínico”, ou seja, são as formas ou a morfologia que definem o corpo humano no século XVII. Nos próximos séculos, até os dias atuais, este conceito orienta o desenvolvimento da compreensão do corpo, que é cada vez mais específico e complexo. Isto acontece em função do extraordinário desenvolvimento tecnológico que se conheceu no campo da saúde, que efetivamente contribuiu para o entendimento deste corpo enquanto organismo humano, e sobre ele pensar as formas de praticar a clínica. Um traço comum entre a “clínica do olhar” da origem, e a clínica atual, é o fato de que seu conceito está centrado na morfo-fisiologia do corpo, como algo em si e suficiente para entender a produção das doenças e, ao mesmo tempo manejável pela prática clínica e terapêutica para curá-lo, reconhecendo o corpo como o fundamento do biológico que comporia cada humano(a) em particular. Este entendimento, no seu extremo, define o que poderíamos chamar de “Clínica médico-hegemônica” (MERHY, 1997), que significa ser este o entendimento nos processos de formação das profissões da saúde, inclusive a formação médica, e que orientam as práticas clínicas em geral, independente de área, especialidade, estabelecimentos etc.

Ao mesmo tempo em que nasce uma clínica da medicina que tem o entendimento segundo o qual o corpo se resume a esta massa biológica, com toda sua complexidade, há um outro conceito de corpo que se forma também no século XVII, a

partir das formulações feitas pelo filósofo Baruch Spinoza (1632-1677). O autor vai nos fazer entender que o corpo tem uma parte material, que são as estruturas físicas que conhecemos, e que Foucault (1998) chamou de corpo anátomo-clínico. Mas há também, constituindo nosso organismo, um corpo imaterial, que se manifesta através dos sentidos, base para se apreender a realidade de acordo com as afecções que lhe são transmitidas, como afetabilidades, por meios sensíveis, ou seja, aquilo que ele sente e seu corpo incorpora como afeto, quando se depara com as coisas e acontecimentos ao longo da sua existência, como por exemplo, diante de suas práticas de trabalho vai vivenciando ações sobre si e vai constituindo afetos positivos e negativos sobre estes acontecimentos, produzindo-se como corporeidade de uma certa maneira, e não outra.

Explicando um pouco mais sobre isto, para Spinoza (2011), o corpo é uma potência, ou seja, este conceito o vincula a uma capacidade de produzir sua experiência de viver, andar no mundo tendo seu protagonismo na construção deste mundo. Ao mesmo tempo, o corpo aprende com base na sua própria experiência, esse aprendizado se dá na medida em que ele é sempre afetado pelos encontros com os outros, as coisas, as novas experiências, ideias etc.

Basicamente o autor vai sugerir que os corpos têm os atributos de persistirem em sua natureza, como produção dos modos de viver, e de afetarem-se uns aos outros quando se encontram e vão constituindo aumento ou diminuição das suas potências de viver de um modo ou de outro, conforme estas afetabilidades são recolhidas, em suas experiências, como positivas ou negativas para produzir mais vidas (alegria) ou menos vidas (tristezas). Assim, a vida se produz com base nos múltiplos encontros de que um corpo é capaz, então estamos sempre sendo afetados e afetando aos outros, em um movimento contínuo e ilimitado de produção de si nosso corpo se modifica a cada encontro. Neste ponto de vista, eis o processo de produção do mundo, ou seja, o corpo adquire a possibilidade de ir produzindo o mundo no qual ele habita, o trabalho, a família, a escola, a comunidade, enfim, onde quer que ele esteja interagindo com a realidade.

Aprendemos que o nosso organismo é formado por uma dimensão material vinculada à ideia de corpo “anátomo-clínico”, e uma dimensão imaterial expressa na ideia de corpo “afetivo”, ou seja, o corpo sensível, que se expressa por sentimentos/afetos, que têm alta capacidade de intervir sobre a realidade. Para tornar mais didática a compreensão deste corpo extremamente complexo, Deleuze e Guatarri (2008) sugerem que o nosso organismo é habitado por um “corpo com órgãos” e um “corpo sem órgãos”, para expressar as duas dimensões da corporeidade. Importante entender que estamos diante não de uma divisão, mas de uma mútua constitutividade, como dobra e complementaridade, ou seja, o corpo é muito mais complexo do que se poderia imaginar inicialmente, ao pensá-lo apenas como esta estrutura anátomo-fisiológica que cada um carrega consigo.

A questão importante que se apreende deste debate é o fato de que há uma ideia de corpo por dentro de qualquer prática clínica. Ou seja, a prática clínica se desenvolve e consagra um conceito de corpo, a forma como se pensa o que é um corpo e que orienta a uma interação do trabalhador em saúde com o outro, no sentido de procurar produzir uma prática em saúde. Se o conceito de corpo apenas se resume a uma expressão anatômica e biológica, se entende que a prática de cuidado se resume a uma intervenção instrumental, anátomo-clínica. Se, além disso, se reconhece que há um corpo sensível que aprende a partir de encontros do cotidiano, nos seus encontros e conexões, e que tem uma capacidade de produzir a realidade na qual ele se encontra, é preciso pensar uma clínica que contemple, além dos aspectos biológicos do funcionamento de um corpo, sua composição afetiva e sensível.

Deleuze (2019), citando Spinoza, explicita o mecanismo de funcionamento do corpo na sua relação com o mundo social, na produção da vida e de si mesmo. Segundo o autor, os corpos afetam uns aos outros no momento do encontro entre eles, sendo que o corpo pode ser humano, ou mesmo um objeto, um lugar ou conceito, pensamento, obra de arte etc. O encontro produz um afeto, afeto que pode ser de “alegria”, quando este corpo tem sua potência de agir aumentada, ou de “tristeza”, quando

reduz a potência de agir deste corpo. Este é o movimento cotidiano, em que um corpo sofre contínuas modulações da sua potência, referindo maiores ou menores graus de potência ou energia vital ou até existencial, o que o vincula a uma certa possibilidade de produzir o cuidado de si.

Reconhecemos especialmente que um bom encontro é, em si mesmo, terapêutico, no sentido de produzir potência e possibilidades de fazer passar projetos terapêuticos altamente virtuosos na produção do cuidado, como veremos no capítulo I. Então, na prática clínica, a produção de bons encontros é sem dúvida um objetivo importante no cotidiano dos profissionais de saúde.

Ao se falar de uma clínica capaz de operar sobre o corpo afetivo da pessoa, estamos falando de uma “clínica dos afetos” (FRANCO e GALAVOTE, 2010). Esta, deve se compor com a clínica que tem a competência de práticas de saúde sobre o corpo biológico, não encontrando, portanto, separação entre os corpos, e entre as clínicas, entendendo o corpo na sua totalidade, associando a este entendimento uma prática integral. Uma prática clínica que observa esta totalidade tem a capacidade de produzir potências nos modos singulares dos viveres de cada um(a), aumentando sua capacidade de produzir mais vida na vida vivida por ela mesma.

Podemos inferir que um projeto terapêutico se vincula diretamente a um certo conceito de corpo, e por conseguinte a uma prática clínica que por sua vez é agenciada por sua própria ideia de corpo. E, como veremos no capítulo I, o cuidado em saúde extrapola a ideia de clínica, ou seja, as práticas de saúde sobre um corpo biológico vão além deste corpo e alcançam todas as dimensões da vida. Encontramos-nos, neste momento, com o conceito de cuidado, que é como que um campo ainda mais amplo no mundo das relações entre viventes, no qual outras forças, como por exemplo a implicação do trabalhador da saúde, estão presentes. Segundo Merhy (1998), o campo do cuidado subsume todas as outras dimensões das práticas em saúde. O projeto terapêutico é uma proposta que procura transversalizar estes conceitos, ideias e práticas.

Por fim, o projeto terapêutico é uma produção, ou seja, ele se realiza a partir do trabalho das pessoas do mundo da saúde na relação com os(as) usuários(as), que também agem o tempo todo por si. E este trabalho é centrado no trabalho vivo em ato (MERHY, 2007, 2022), ou seja, ocorre no instante das relações entre trabalhador e usuário-cidadão, e tem como principal atributo o autogoverno do trabalhador sobre seu próprio agir no processo de trabalho. Há um razoável grau de liberdade na condução do projeto terapêutico, o que deixa o trabalhador em condições de decidir e fazer opções por qual caminho adotar na gestão da clínica e do cuidado. Sendo assim, novos elementos são incorporados na análise do projeto terapêutico, que é o projeto ético-estético-político adotado pelo trabalhador, ou seja, sua implicação com o problema de saúde do usuário, como também os próprios modos dos usuários-cidadãos produzirem interferências neste processo pelos seus modos de viver suas vidas. Estas decisões agenciam as práticas e interferem no modo de produzir o cuidado. Basicamente, há opções que tendem a um modelo médico-hegemônico de um agir majoritariamente instrumental (idem, ibidem); e opções de um trabalho acolhedor, que faz vínculos, se responsabiliza pelo problema de saúde do usuário-cidadão, dá seguimento ao cuidado, portanto, uma prática implicada. É nesta tensão que se produz o cuidado, na qual o projeto terapêutico é um dos importantes dispositivos.

Referências

DELEUZE, G. Curso de 24 de janeiro de 1978 - o afeto e a ideia. Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981). trad. Emanuel Angelo da Rocha Fragoso et al. 3. ed. Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 33–70.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2008. v. 3, ((Coleção TRANS)).

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitaria, 1998.



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. do C. (org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176–200.

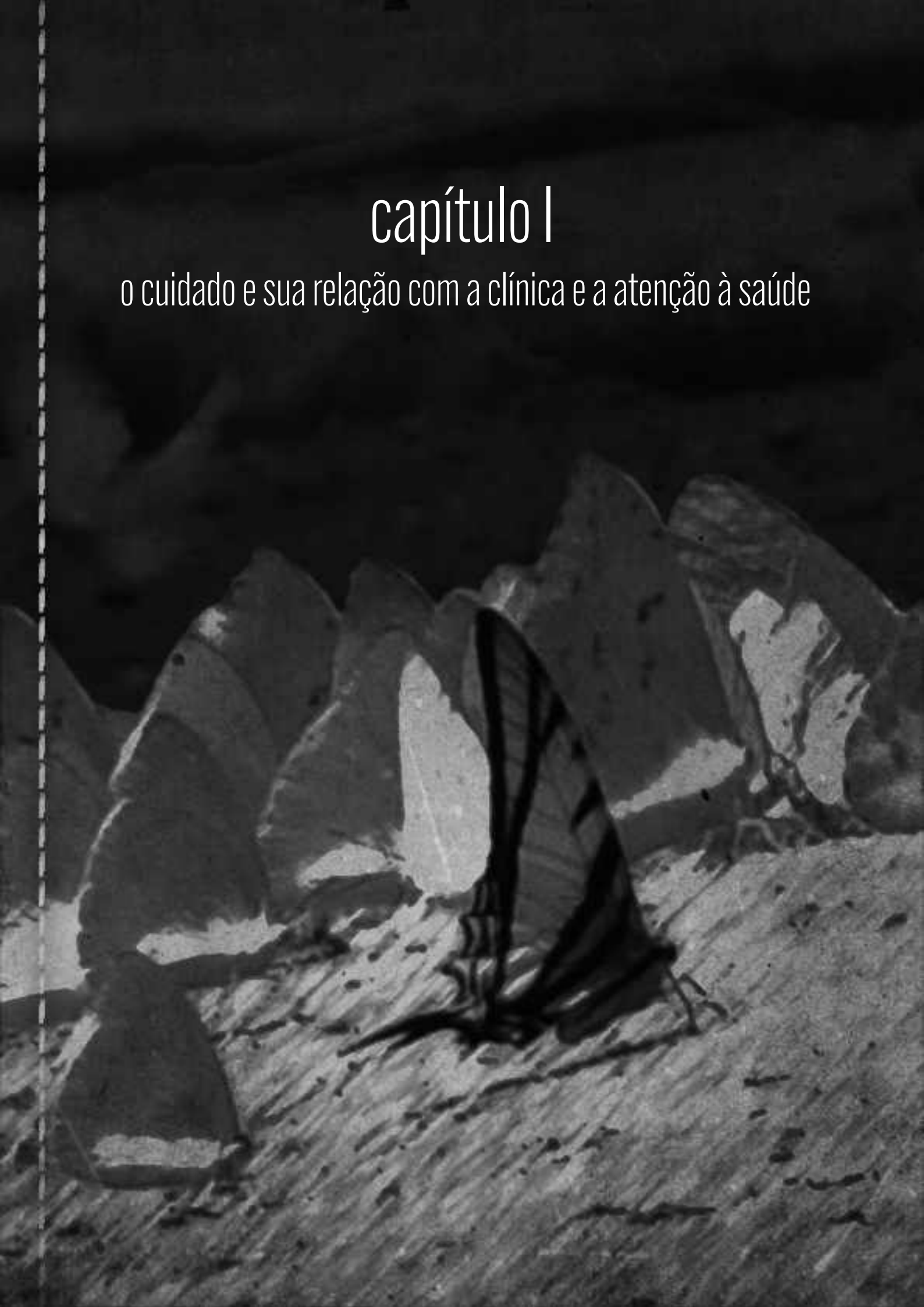
MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71–114.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. Hucitec: São Paulo, 2002.

SPINOZA, B. de. *Ética*. Belo Horizonte: Autentica, 2011.

capítulo I

o cuidado e sua relação com a clínica e a atenção à saúde



CAPÍTULO I

O cuidado e sua relação com a clínica e a atenção à saúde

Conceitos e proposições centrais

A clínica na medicina, como exemplo, e a atenção à saúde. Três conjuntos de sentidos para o cuidado: como toda prática de saúde; como clínica integral e emancipatória; e como sendo apreendido na micropolítica do encontro intercessor.

As tecnologias em saúde sob olhar micropolítico: tecnologias duras, leve-duras e leves.

Um projeto ético-estético-político para o cuidado.

Algumas “clínicas”, para começo de conversa

Por que começar pelo tema da “clínica” neste livro sobre projeto terapêutico? Escolhemos a clínica como primeiro momento do livro por vários motivos. Porque ao praticá-la diariamente por anos, não somente “prescrevíamos” algo a ser feito por nosso “paciente”, mas também invariavelmente articulávamos outras ações para serem realizadas por todos(as) os(as) envolvidos(as), a fim de resolver os problemas de saúde dos usuários(as), isto é, estava ali, depois nos demos conta, o que chamamos de projeto terapêutico. Ou seja, se considerarmos que isso não acontecia somente conosco, ele existe aqui ou ali desde sempre, no entanto há poucas décadas ainda não havia sido ainda formulado como conceito.

Primeiro havia uma aproximação intuitiva, porque ao cuidar dos nossos “pacientes²” utilizávamos algumas ferramentas parecidas com as que vamos ver adiante, queríamos desviar de uma relação puramente sujeito-objeto, onde o trabalhador de saúde

se posiciona como aquele que “sabe” e o paciente, que “não sabe”, é colocado como seu objeto de cuidado. Isso já trazia para a experiência do cuidado muitos desafios, exigindo também inventarmos algumas estratégias relacionais de cuidado, ali nos próprios encontros, conforme sentíamos o outro como mais do que um mero objeto de nossos fazeres. Naquela época não sabíamos que poderia haver (ou já havia alhures) nomes e teorias para isso tudo, e que tais estratégias poderiam ser ainda mais potentes e melhor aproveitadas, inclusive como uma proposta mais coletiva do agir em saúde. Sabemos que muita gente vive isso cotidianamente, ali no fazer em ato o cuidado em saúde.

Se apostarmos numa clínica que acolhe, forma vínculo e acompanha o seguimento do cuidado ao usuário, ela precisa de projetos terapêuticos que assegurem o atendimento às necessidades do usuário, ou melhor, que expresse também a presença do saber do outro sobre si, e não apenas o nosso saber profissional. Neste sentido teríamos uma gestão da clínica compartilhada entre o profissional de saúde e o usuário-cidadão.

De que “clínica” estamos falando, então? Daquela que vivemos e trazemos em nossas bagagens, tomando como princípio que todos os trabalhadores de saúde fazem a sua clínica, são formados(as) para praticá-la, e a maioria das pessoas que busca uma profissão da saúde – pelo que ouvimos de várias pessoas até hoje – o faz porque conhecem previamente a clínica daquela profissão que escolheram e querem praticá-la. Além disso, o trabalho em equipe é condição para a construção de projetos

² Reconhecemos que o termo “paciente” é de uso consagrado, arraigado até mesmo no senso comum, mas, alinhados com toda uma crítica já de décadas que é feita no campo da saúde coletiva, entendemos que o mesmo reforça a objetificação daquele(a) que busca o cuidado, colocado(a) em uma posição passiva de uma relação assimétrica. Entretanto não o abolimos totalmente do texto por usarmos com frequência o discurso indireto livre, assim, quando o usamos em passagens onde não são necessariamente nossas as vozes que estão falando, e sim a voz de um “eu” impessoal que somos todos nós, massificados que também somos, mantivemos o “paciente”.

terapêuticos multiprofissionais, então deve haver também compartilhamento entre as várias clínicas de uma equipe e equipes integradas, e hoje contamos com muita produção teórica sobre isso na saúde coletiva brasileira.

Falamos neste livro de todas as “clínicas” que habitavam as experiências que vivemos há décadas em serviços de saúde, considerando nossas próprias inserções e aquelas de nossas pesquisas, e testemunhamos que existem trabalhadores, como agentes comunitários de saúde e as várias carreiras da saúde, por exemplo, que fazem sua clínica no encontro com os usuários-cidadãos que vão aos serviços para serem atendidos. O trabalho em saúde é cada vez mais multiprofissional. Desde sempre a atividade clínica não precisa ser somente uma partilha do corpo, seja o conjunto de práticas sobre o corpo material, físico, seja em relação aos seus sentimentos, afetos, ou mesmo aberta às condições de vida que interferem no seu bem-estar, tudo isto é considerado uma clínica. A clínica é basicamente uma tecnologia de cuidado que contribui para o cuidado da pessoa, essa ferramenta é válida desde que apta a contribuir no cuidado a um corpo, na sua integralidade, que é material e imaterial, um corpo biológico e ao mesmo tempo afetivo (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Olhar para a clínica do(a) médico(a), ou de qualquer trabalhador(a), é uma escolha bem delicada, pode parecer restritivo e específico. Mas isso pode ser feito aqui como um modo de explorarmos reflexivamente que lugar é este que estamos começando a pisar, e que possa nos ensinar a olhar para além deste profissional exclusivo de saúde, já que entendemos o exercício da clínica como um espaço privilegiado para discutir o cuidado. A delicadeza em enfrentar este tema tem a ver com o fato de que, passados quase 400 anos desde o nascimento da clínica, aquela matriz biomédica que caracteriza o corpo pela sua morfo-fisiologia continua sendo a referência para se pensar a prática clínica. Obviamente que houve um extraordinário e importante avanço tecnológico, sofisticando enormemente esta matriz em proveito da vida, mas a competência que se criou fez aumentar a capacidade em intervir neste corpo. Isto é uma intervenção parcial, porque o corpo afetivo, onde reside a potência vital das pessoas e que tem alta possibilidade de produzir cuidado em si, tem pouca expressão no reco-

nhecimento, assim como no manejo clínico dos corpos para o cuidado.

Para resolver esta questão surgem várias propostas de trabalho com a clínica. Delicadamente, cabe então perguntarmos: por onde entrar nesta discussão? Optamos pela consulta médica, um ritual onde se inicia e em geral tem continuidade todo processo clínico na medicina e em certas equipes de saúde, e encontramos alguns poucos textos sobre isso. Ao falar sobre a consulta em si, qualquer autor precisa falar da clínica. Visitaremos aqui capítulos que pensam a consulta médica em tratados clássicos de medicina de família e comunidade (LOPES; DIAS, 2019; OLIVEIRA; PELLANDA, 2013) e de psiquiatria (SADOCK; SADOCK, 2007).

Cada abordagem destas é diferente, diferentes autores emprestam sua visão e experiência ao tema, e ambas as especialidades médicas têm seus próprios projetos clínicos e enfatizam aspectos diversos. Este projeto clínico está vinculado a uma ideia que a pessoa tem do que é o corpo. Se ela pensa que o corpo se resume ao biológico, vai ter uma prática clínica biomédica e instrumentalizada para intervir sobre este corpo; se pensa que além deste há um corpo afetivo, vai procurar fazer uma clínica que valoriza o aspecto relacional, dos espaços de fala e escuta, o acolhimento e vínculo com o usuário, deixando margem para uma abordagem também do corpo afetivo e sensível.

Há pontos em comum entre as diversas propostas de discurso médico sobre a consulta que podemos aproveitar aqui, a começar pelo ritual em si, que é tratado como fenômeno “institucional” (LOPES; DIAS, 2019) e, à nossa leitura dos(as) autores(as), há três elementos fundamentais: i) primeiro, ambos, médico(a) e paciente, mas especialmente o(a) primeiro(a), precisam ter claros os objetivos da consulta, sendo atribuição do(a) primeiro(a) torná-los explícitos; ii) tais objetivos trazem tarefas a serem cumpridas na consulta pelo(a) médico(a), que sempre dizem respeito a diagnósticos, tratamentos e atos educativos; e iii) o(a) médico(a) precisa ter habilidades técnicas e perceptivas para se aproximar do paciente, para dar conta de uma relação muito peculiar a ser desenvolvida com ele(a), e que possibilitarão concretizar os devidos procedimentos.

Quando falamos de diagnóstico partimos do pressuposto de que a pessoa vive em um dado ambiente, traz uma história de vida anterior, e mantém relações de família, comunidade e trabalho, que interferem no seu processo de saúde e doença. Ou seja, pensamos em um diagnóstico que considera esses pressupostos. Neste sentido, será sempre um diagnóstico clínico-situacional, porque o problema de saúde nem sempre começa e termina no corpo, mas ele está sempre situado no meio em que a pessoa vive. Por outro lado, a um diagnóstico vai corresponder sempre uma análise do risco. Este risco não é apenas clínico, mas ele pode ser também social, afetivo, ou de outra ordem que remete da mesma forma a pessoa ao seu entorno. É através do risco verificado, associado ao problema de saúde, que se pensa uma determinada prática clínica. Esta reflexão sobre diagnóstico e análise de risco seria uma preocupação contida neste paradigma médico da consulta, que estamos analisando aqui? Sigamos analisando.

Para chegar ao desfecho desejado por ambos, médico(a) e paciente, que é o enfrentamento dos problemas apresentados ou o controle da doença diagnosticada, para ser “efetiva” a consulta (SADOCK; SADOCK, 2007), enfim, é preciso garantir subsídios para que o profissional possa conduzi-la da melhor maneira possível. E para isso são oferecidas, além de uma teorização sobre o conteúdo e o processo da consulta, técnicas de entrevista, roteiros de tarefas e estratégias para situações específicas, entre outras. Destacam-se, entretanto, as propostas para uma boa “relação médico-paciente”, ou “médico-pessoa”, como se prefere na medicina de família e comunidade (LOPES; DIAS, 2019; OLIVEIRA; PELLANDA, 2013; SADOCK; SADOCK, 2007). Vamos retomar este assunto mais adiante.

O caso clínico

É chegado o momento de lembrarmos o que é “caso clínico”, um modelo importante para a medicina, com o qual o projeto terapêutico estará relacionado e por isso mesmo precisamos conhecê-lo. Para Romaní (2010) um “caso clínico” seria:

“um tipo de publicação biomédica que faz um informe detalhado de sintomas, sinais, resultados de exames complementares, tratamento, complicações do tratamento e seguimento de um paciente individual, esquematizado segundo uma breve descrição lógica e racional” (ROMANÍ, 2010, pg. 47, tradução dos autores).

Segundo o autor, deve-se incluir na descrição de um caso: dados que ele denomina “demográficos” (sexo, idade, etnia, ocupação, local de residência e histórico de viagens recentes); informações relevantes sobre fatores de risco à saúde (hábitos de vida, uso de medicamentos, alergias, entre outros); dados clínicos propriamente ditos (sintomas relatados pelo paciente e sinais observados no exame físico, histórico do aparecimento dos mesmos, resultados de exames laboratoriais e de imagem etc.); hipóteses diagnósticas; tratamentos realizados; além de resultados e consequências dos tratamentos propostos, e de uma discussão científica sobre o caso, se o objetivo é publicação (ROMANÍ, 2010).

Resumindo, caso clínico é o relato técnico de uma situação real de atendimento médico que foi elaborado para ser discutido coletivamente ou publicado, ou porque gerou dúvidas e demandou mais discussão, ou porque é uma novidade, um caso raro que precisava ser compartilhado. Caso clínico para a medicina é algo que serve para se aprender com ele, e assim se fazer melhores diagnósticos e tratamentos de casos semelhantes no futuro, e por isso é muito usado para estudos na formação em saúde, especialmente na área médica. Trata-se de um modelo explicativo que faz funcionar a racionalidade biomédica, a coloca em prática, e com isso a medicina, e as outras tantas profissões da saúde – interrelacionadas que são – fazem funcionar os serviços de saúde. Por tudo isso este modelo está arraigado na nossa cultura sanitária, e isso tem efeitos para o projeto terapêutico.

Temos como pressuposto que todo problema clínico está situado nas condições de vida e ambiente da pessoa, sua história, relações de família e comunidade, os es-

tressores a que ela é submetida no seu cotidiano. Enfim, o meio no qual vive interfere fortemente em todas as dimensões do corpo, e na produção de saúde e doença. Sendo assim, trabalhamos com o conceito, associado à clínica dos afetos, de clínica-situacional (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

A clínica e a atenção à saúde

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil chamamos “atenção à saúde” a “organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população (...) expressa em políticas, programas e serviços de saúde” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 01). Antes disso usava-se o conceito de “assistência médica”, e ainda se usa o adjetivo “assistencial” em certos contextos sanitários, mas nos anos 1990 entendia-se que “assistir” alguém não seria mais do que ajudar, assessorar, e que isso seria mais restrito do que “atender”, noção que foi então colocada como mais adequada ao projeto do SUS, já que implica em voltar a atenção a um pedido, a uma ou mais necessidades em saúde que então ganhavam o status de direito, em nosso país (CAMPOS; BATAIERO, 2007; CANDEIAS, 1992; MICHAELIS, 2022).

Ocorre que tanto a assistência como a atenção à saúde, nas práticas cotidianas, dependem das atividades clínicas das equipes, e o modo como as práticas clínicas são (ou não) ofertadas em determinado cenário produzem efeitos nos serviços e em todo um sistema de saúde, e vice-versa, e isso tanto na área pública como no setor privado e nas respectivas interpenetrações entre essas duas dimensões. Some-se a isso indissociabilidade entre a prática clínica e a implicação do trabalhador no cuidado a usuários(as), ou seja, entende-se que a prática clínica está subsumida à prática do cuidado (MERHY, 1997).

Em uma pesquisa, uma das usuárias-cidadãs-guia foi Luiza (nome fictício), uma mulher negra de 58 anos que estava em acompanhamento por câncer de colo uterino há alguns anos (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016). Quando Luiza contava para a equipe de pesquisa sobre como aconteceram a notícia da doença e os momentos mais

críticos dos exames e do tratamento, e porque a doença foi descoberta tardiamente, seu relato mostrava o quanto a aproximação com médicos(as) e serviços de saúde (unidade básica, ambulatórios especializados) por vezes a fazia se sentir segura, sendo informada e cuidada, e por outro lado, em outros momentos essas aproximações a deixavam ainda mais desamparada, ou sentindo-se como se sequer fosse lembrada, vivenciando medos e dúvidas.

Existe uma receita infalível para evitar problemas assim? Obviamente a resposta é não, pois o trabalho na saúde é lugar de incertezas e imprevistos, já que é vivo e acontece em ato (MERHY, 2004), como veremos adiante. No entanto, podemos sim melhorar os efeitos cuidadores de tanto esforço e investimento para disponibilizar atenção à saúde para as pessoas. O primeiro passo é não esquecermos que estamos lidando com vidas humanas vivendo a seu modo e como podem, e em seus núcleos familiares e comunidade, tenham eles que formato tiverem, com suas histórias de vida, seus valores, vivendo suas alegrias e dificuldades, com seu trabalho ou tentando conseguir um, e numa sociedade que tem uma história peculiar e que está organizada de um certo modo E, quando escrevemos este livro, em meio a uma pandemia mortífera. Para isso temos que contar com estratégias e ferramentas que potencializam a capacidade de cuidar de nossa clínica e de nossa atenção à saúde, e entre elas temos toda uma caixa de ferramentas que é o “projeto terapêutico”.

Olhando a relação médico(a)-paciente

Voltando aos autores que citamos acima para falar da consulta médica, em todos eles há um claro reconhecimento da centralidade da “relação médico(a)-paciente” para uma boa consulta médica, e por isso têm sido feitas escolhas teórico-metodológicas para se lidar com isso. É muito comum vermos o uso do conceito de “empatia”, clássico no ensino da semiologia/propedêutica médica, e entendida como o ato de expressar um esforço de se colocar no lugar do(a) paciente(a), visando facilitar o estabelecimento da relação terapêutica, ou, como um dos textos clássicos que usamos propõe, obter “sintonia” entre médico e paciente (SADOCK; SADOCK, 2007). Vemos

até aqui que mesmo em formulações clássicas sobre a consulta médica admite-se que o exercício da clínica envolve sempre um trabalho relacional, e, mesmo que mediado por conhecimentos e procedimentos técnicos, instrumentos, medicamentos etc., a qualidade desta relação é dada pelo modo com o(a) médico(a) ou outro(a) profissional, e o “paciente”, significam o cuidado para si.

Na oferta de técnicas para melhorar a performance médica na construção desta relação, autores tanto da medicina de família como da psiquiatria reconhecem que pode ser útil escolher algum modelo de interação ou abordagem médica, por exemplo: o modelo “paternalista” do médico guardião que toma as decisões; o modelo “informativo”, quando o médico é um especialista tecnicamente competente que deve oferecer as informações para que o paciente tome as decisões a respeito do seu tratamento; o modelo “interpretativo” do médico conselheiro ou orientador que elucida os valores e expectativas do paciente, para tomar a decisão de acordo com eles; e por fim o modelo “deliberativo” do médico amigo ou professor, que abre discussão com o paciente sobre o que ambos consideram melhor, antes de serem tomadas as decisões (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Mas no contexto da medicina é a medicina de família e comunidade que faz um esforço ainda maior para avançar no decifrar a tal relação médico-paciente, dando a ela tanta importância quanto dá à medicina baseada em evidências, outro pilar desta especialidade, e adota um referencial conhecido como “método clínico centrado na pessoa”, com o qual teremos algo em comum para discutirmos o cuidado em saúde. Este método é adaptado no Brasil, acrescentando-se outros componentes, mas originalmente tem quatro componentes centrais (STEWART et al., 2017):

1. “Explorando a doença (*disease*) e a experiência da pessoa com a doença (*illness*)”, componente subdividido em: aspectos objetivos da doença, expressões corporais e verbais; e aspectos subjetivos, que são lembrados com ajuda do acróstico SIFE (sentimentos, idéias, função e expectativas);

2. “Entendendo a pessoa como um todo”, que é aguçar a atenção para o contexto próximo ao paciente (configuração familiar, etapa do ciclo de vida, condições de trabalho e situação socioeconômica), assim como para o contexto mais distante (convivência social, bagagem cultural, além de outras vivências e da influência da mídia). Na análise contextual o(a) médico(a) deve também atentar para uma possível relação temporal entre as mudanças do contexto e os problemas de saúde;

3. “Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” é a proposta de um modelo explicativo do atual processo de adoecimento que faça sentido para ambas as partes, e que possibilite uma negociação acerca dos objetivos do tratamento, do que precisa ser feito e quais são as atribuições, tanto do(a) médico(a) como do(a) paciente.

4. “Fortalecendo a relação entre a pessoa e médico” é o componente no qual os autores ampliam a noção de empatia, partindo dela, ao discutirem valores como respeito, compaixão, confiança, esperança, autoconhecimento e sabedoria prática, além de conceitos como transferência e contratransferência, cura, continuidade e constância, e até o tema do poder na relação entre médico(a) e pessoa, entre outros.

O método clínico centrado na pessoa tem efeitos positivos importantes na conformação do trabalho do(a) médico(a) de família e comunidade, e espera-se que também em outras especialidades médicas, ao colocar o problema dos papéis desempenhados na relação clínica do(a) profissional médico(a), um debate muito bem vindo na história recente da medicina. Ao nosso ver este “método” vem produzindo um “choque tecnológico” na medicina de família e comunidade, no sentido de reposicionar o lugar que o conhecimento científico e os procedimentos técnicos devem ocupar no seu exercício.

Reconhecendo as contribuições dos modelos discutidos acima para uma medicina que seja menos dura, mais cuidadora, e que podem repercutir também em outras profissões da saúde, de nossa parte, para dar conta desta problemática, temos usado

um referencial centrado nos atos do cotidiano profissional e tudo aquilo que os faz existirem, ou seja, na micropolítica do trabalho em saúde. O primeiro passo para trazer-mos este nosso referencial para a conversa é mudar de operador central, deslocar a perspectiva da clínica para o cuidado.

O que podemos entender por “cuidado” em saúde?

O verbo “cuidar” não é difícil dizermos o que significa, não é mesmo? Estamos sempre cuidando (ou não) de nós mesmos(as), de outras pessoas, de animais, das muitas coisas que são importantes para nós, nossas e do mundo, dos nossos compromissos, dos detalhes do nosso trabalho, dos nossos interesses em geral, das nossas vidas enfim, e, é claro, da saúde. Há quem cuide mais e há quem cuide menos. E também precisamos e queremos ser cuidados por outras pessoas, ao menos quando estamos de bem com a vida. Cuidar tem a ver com solidariedade, com apoio mútuo (FEUERWERKER, 2016), por isso carrega valores tão importantes e pode (ou não) caminhar juntamente com a clínica e a atenção à saúde.

Cuidar vem do latim *cogitare*, língua na qual basicamente significava duas coisas: pensar/refletir, mas também cuidar (GLOSBE, 2022). Talvez por isso “cuidar” inclui hoje em seus significados “prestar atenção”, “interessar-se por algo”, a fim de poder “agir com prudência”, “realizar algo com ponderação”, como “tratar da saúde” ou “prevenir-se contra alguma situação de perigo” (MICHAELIS, 2022). Esse tipo de ação vai desembocar no substantivo “cuidado”, entendido como “atenção que se dedica a alguém”, uma “forma de agir com preocupação” (MICHAELIS, 2022). Preocupação pelo outro, diríamos.

Portanto cuidado em saúde para nós não é somente o ato de pensar em algo, mas aquele agir em que voltamos a nossa atenção para alguém ou “alguéns” que sofre(m), a fim de agirmos solidariamente no sentido de mitigar este sofrimento, ao apoiarmos a produção de mais vida. O interessante é que, quando se fala em saúde, “cuidado” pode significar coisas bastante diferentes, e separamos a seguir três grupos

de sentidos bastante comuns, que além disso se misturam entre si: i) o cuidado como significando toda e qualquer prática de saúde; ii) o cuidado em saúde como uma clínica integral e emancipatória; e iii) o cuidado em saúde como uma micropolítica no encontro intercessor.

i. O cuidado como toda prática de saúde

Imaginemos tudo o que profissionais de saúde efetivamente fazem durante seu trabalho, em qualquer serviço de saúde. Todo procedimento ou intervenção (entrevista e exame clínicos, prescrição medicamentosa, aplicação de vacina, realização de curativo, aconselhamento psicológico, instalação de equipo intravenoso, realização de cirurgia, restauração dentária, entre outros), ou toda ação (visita domiciliar, coordenação/condução de encontros, grupos e oficinas terapêuticas e de educação em saúde, acompanhamento terapêutico individual, divulgação em saúde, entre outros). Há quem chame tudo isso de cuidado. Simples assim.

Cruz (2009) em seu mestrado fez uma revisão sobre o conceito de cuidado em saúde, e optou por dividir tudo o que encontrou em três dimensões; em uma delas, a dimensão “técnico-científica” do cuidado, a autora incluiu os saberes e instrumentos cientificamente comprovados para intervenções como as que exemplificamos no parágrafo anterior, justamente no sentido de cuidado como escrevemos acima: tudo o que se faz nos serviços de saúde pode ser chamado de cuidado.

Se todas as práticas em saúde e intervenções clínicas são a mesma coisa que “cuidado em saúde”, então planejar e organizar os serviços e a relação entre serviços de saúde, e coordenar o trabalho das equipes que as realizam, em outras palavras fazer a gestão da saúde, também seria cuidado, neste grupo de sentidos. De fato, veremos no capítulo V que, nesta perspectiva, o que (STARFIELD, 2002) chamava “coordenação da atenção” à saúde, ou a continuidade da transferência de informações sobre um mesmo problema de saúde do usuário ao longo de uma rede de saúde, será considerado por vários(as) autores(as) sinônimo de “coordenação do cuidado”

(ALMEIDA et al., 2018). No caso da usuária Luiza (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016), que exemplificamos acima, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que ela recebia, no enfrentamento do seu câncer, seriam o cuidado a que teve acesso.

ii. O cuidado em saúde como uma clínica integral e emancipatória

Mas há quem exija mais, para chamar de cuidado alguma prática de saúde. Agora, entramos em uma perspectiva na qual nem tudo é cuidado. Para certos autores, a grande maioria do campo da saúde coletiva, há práticas e práticas de saúde, pois nem todas necessariamente produzem mais vida, nem todas cuidam de fato, embora possam ter sua utilidade técnica. Algumas práticas não seriam cuidadoras, neste ponto de vista, pois reduzem o(a) usuário(a)-cidadão(ã) a apenas um corpo biológico que deve ser objeto passivo de intervenções (MATTOS, 2004).

Portanto, ao falarmos de cuidado, nesta perspectiva, estamos falando de necessidade permanente de mudança na área da saúde, estamos falando na busca permanente de uma clínica ou de uma atenção à saúde que se preocupem com esta problemática, nas quais haja um esforço para que a integralidade e a autonomia do(a) usuário(a)-cidadão(ã) sejam consideradas quando agimos em saúde (MATTOS, 2004). Implica em outro olhar para o que entendemos como “saúde”, pois não se chama mais de “paciente” o(a) usuário(a) que é cidadão(ã). Se necessário for, será preciso “reconstruir as práticas de saúde” para que, além do corpo biológico, elas venham a se interessar pela vida do(a) usuário(a)-cidadão(ã), e que as equipes de saúde se responsabilizem por isso (AYRES, 2004).

Olhando o cuidado por este ângulo, teremos mais dificuldade para encontrá-lo no caso de Luiza, segundo as informações que temos do caso. Segundo os relatos da pesquisa na qual o caso foi analisado, a cada encontro com os profissionais especializados que a atendiam, a usuária sentia um “vazio” e saía dos encontros com muitas dúvidas, por vezes sentindo “angústia”, sentimentos que a equipe de pesquisa entende serem de intensidades para além do que seria esperado, mesmo considerando a

gravidade da doença em curso (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016). Luiza estava acesando os procedimentos técnicos que precisava, mas não se sentia cuidada. Havia ofertas clínicas, mas não havia cuidado.

No Brasil foi implantada em 2003 a chamada “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS”, pelo Ministério da Saúde, que expandia este conceito de cuidado em vários outros aspectos correlatos, mesmo sem utilizá-lo diretamente, e propunha várias ações para que o mesmo pudesse vir a ser um valor presente nas práticas de saúde, em quaisquer serviços do SUS, inclusive naqueles hospitalares (BRASIL, 2006). Tal política teve alguma prioridade governamental na década de 2000 e ainda tem efeitos positivos em várias redes de saúde no SUS.

iii. O cuidado em saúde na micropolítica do encontro intercessor

Duas ou mais pessoas juntas é um encontro? Sim, claro, mas também não, pelo menos no sentido que vamos usar aqui. Quem vai nos ajudar é Baruch Spinoza (1632-1677), conforme vimos na introdução deste livro. Segundo Deleuze (2019), para Spinoza, o que nos dá a cada momento uma maior ou menor potência de agir e, portanto, de existir, seria uma variação contínua de nossos afetos, e essa variação vai existir enquanto cada um de nós viver, é o que o pensador holandês entendia por afecto (DELEUZE, 2019). Quando nosso “corpo” –incluindo o organismo biológico e a mente – se encontra com outros corpos que podem ser pessoas, situações ou coisas (por exemplo, um ser vivo, uma frente fria meteorológica, uma obra de arte, um alimento ou bebida, qualquer coisa do mundo), ele é tomado por afectos que podem ser positivos ou negativos, e, portanto, produzem “alegria” ou “tristeza”, respectivamente. No primeiro caso, a alegria aumenta a potência de agir, a potência vital, já a tristeza reduz esta potência (DELEUZE, 2019).

Tais efeitos dos encontros na potência de agir evidentemente repercutem sobre a terapêutica de um paciente. Ou seja, se o encontro com o profissional de saúde não foi um bom encontro, esse paciente vai ter sua potência de agir reduzida, interferindo

negativamente seja em seu projeto terapêutico seja no autocuidado. Por outro lado, se foi um bom encontro, sua energia vital ou potência de agir se vê aumentada, elevando assim suas possibilidades de atuação no cuidado de si. A esta mútua afetação entre os corpos que se encontram, a este espaço entre eles, a esses efeitos do encontro que modificam todos(as) os(as) envolvidos(as) chamamos “intercessão” (DELEUZE, 2008; MERHY, 2010).

Encontros intercessores, agora que temos o conceito, podemos ver que são comuns nas nossas vidas. Certo tipo de clima tem efeitos sobre meu corpo que diminuem minha capacidade de fazer as coisas, enquanto outros me fazem muito bem, me sinto mais disposto. Algumas pessoas e certos ambientes me “colocam para cima”, penso “que bom que tenho elas na minha vida!” A vida segue com encontros bons e outros nem tanto, e a variação contínua do meu corpo – como diria Spinoza – vai prosseguindo.

Spinoza nos ensina que os encontros produzem quem somos o tempo todo, e usamos esta noção aqui para pensar o encontro que produz o cuidado em saúde, em sua micropolítica (MERHY, 2004). Nesta terceira perspectiva ou ponto de vista sobre o cuidado, que estamos discutindo nesta seção, diríamos que, primeira possibilidade, o cuidado aconteceu quando houve um bom encontro intercessor, ou seja, quando quem buscava o cuidado para seus problemas de saúde teve sua capacidade de agir aumentada (DELEUZE, 2008; MERHY, 2010), mais vida foi produzida, e portanto mais saúde. Note-se que “saúde”, micropoliticamente falando, ganha mais um sentido, o de mais vida, mais potência de agir e existir.

Uma clínica assim ofertada, aberta também a valores emancipatórios e voltados à integralidade, entendemos que abre diálogo com aquela clínica que Ferla (2004) chama “nômade”, ou seja, aberta ao(à) usuário(a) e a outros profissionais, comprometida com a defesa da vida e movida por uma combinação complexa de conhecimentos que inclui um conceito ampliado de saúde, e que envolve outra expectativa quanto às práticas de cuidado porque agora orientadas por um compromisso ético, estético e

político que não inibe desejos, paixões e as múltiplas possibilidades do viver.

Uma segunda possibilidade seria haver encontro centrado nos procedimentos, um encontro instrumentalizado, com competência técnica porém sem intercessão. Neste caso teríamos uma clínica sem cuidado, ou, se quisermos misturar com o primeiro sentido de cuidado de que falamos acima: um “cuidado não-cuidador” (MERHY, 1997). É provável que este tenha sido o caso da usuária Luiza, de que falamos acima (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016), que, sim, teve acesso aos procedimentos de que necessitava, mas que segundo ela não teria sido acolhida pela equipe, não contava com uma proximidade que a ajudasse a aliviar as incertezas próprias da condição que enfrentava. Claro que, mesmo que tivéssemos todas as informações sobre este caso, seria impossível alguém afirmar categoricamente que não houve nenhuma intercessão. O fato de um(a) médico(a), por exemplo, esforçar-se em manter um distanciamento frio em seu trabalho, conforme aliás costuma ensinar a tradição da profissão, não garante que não se afete de alguma maneira, e que a consulta não produza nenhum efeito – até mesmo duradouro – em quem o procurou. Mas podemos dizer que esta intercessão não foi cuidadora.

Nesse sentido, uma terceira possibilidade, quando olhamos micropoliticamente o cuidado, seria haver um encontro intercessor sem que este fosse um bom encontro, e reduzir ainda mais a potência de vida de quem busca o cuidado. Esta última é uma possibilidade felizmente não tão comum na saúde, mas infelizmente não tão rara, segundo nossa experiência. Uma simples afirmação feita pelo médico em uma consulta, ou por qualquer outro profissional de saúde visto como legítimo pelo usuário(a)-cidadão(ã), pode afetar uma pessoa por anos, podendo contribuir para outro adoecimento que ainda nem existia (e quem falou aquilo nem se dará conta disso...).

A análise do cuidado em saúde, conforme este terceiro conjunto de sentidos que estamos examinando, depende de acontecerem (ou não) bons encontros intercessores. Se temos tal perspectiva em vista, de que modo podemos cultivar uma abertura para bons encontros cuidadores? Não há receitas infalíveis, já que encontros são

realidades contingentes à vida, ou seja, acontecem ou não de modo imprevisível, sem que possamos exercer plenamente o controle sobre eles. Entretanto, uma abertura para bons encontros é, com o perdão do trocadilho, saudável, quando se quer produzir saúde, e já começa ao desejarmos nos abrir para isso quando partimos para o trabalho em saúde. Algumas ferramentas nos ajudam a facilitar esse processo, sim, especialmente se conhecermos um outro olhar sobre as tecnologias de saúde e termos alguma clareza a respeito do projeto ético-estético-político que nos embala.

As tecnologias em saúde sob olhar micropolítico

Já escrevemos acima que o trabalho em saúde existe somente no momento em que está sendo realizado, pois é vivo em ato (MERHY, 1997), ainda que use recursos que já foram produzidos por um trabalho anterior (o computador, o papel etc.), produtos de um trabalho vivo anterior, mas agora expresso como algo que já está coagulado no objeto, como trabalho morto. No trabalho vivo em ato da saúde qualquer profissional, esperamos, está preparado para aplicar certos saberes do seu núcleo profissional específico, que são próprios de sua profissão, no caso do(a) médico(a) os saberes clínicos e/ou cirúrgicos, dos sanitaristas os saberes epidemiológicos, por exemplo, e por aí vai. O bom uso de todo esse conhecimento organizado, que precisa sempre ser atualizado, é o que chamamos tecnologias leve-duras (MERHY, 2004; MERHY; FEUERWERKER, 2016). E os equipamentos, o aparelho de ressonância magnética, até o estetoscópio, a cânula de intubação, ou seja, tecnologia não é isso? Sim, é também isso, mas aqui para nós este conjunto de equipamentos e insumos são uma parte das tecnologias de cuidado em saúde: as tecnologias duras. Também incluímos neste grupo tecnológico muita coisa importante na saúde, como os medicamentos e insumos em geral, e até alguns protocolos de ação e diretrizes que tenham recomendações bem definidas a cada nova edição (MERHY, 2004; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

No entanto, quando autores da medicina se deparam com dificuldades para tratar da relação médico-paciente, quando é desenvolvido, por exemplo, todo um método clínico centrado na pessoa para lidar com isso, como vimos acima, é porque, embora

tais autores reconheçam a importância do que aqui estamos chamando tecnologias leve-duras e duras, este terreno na saúde é movediço, delicado, vai além da ciência mais sistematizada, objetiva, e exige mais de nós. No caso de Luiza, que exemplificamos acima, não houve falta de oferta das tecnologias duras e leve-duras, porém vimos que nem sempre a usuária-cidadã se sentia cuidada: em certos momentos faltava escuta e diálogo, faltava convite para decidir junto. Faltava construir relações que possibilitassem qualificar os encontros entre os trabalhadores e a usuária, relações que fossem efetivamente cuidadoras, faltavam tecnologias leves para o cuidado.

Se o(a) médico(a), quando faz diagnóstico e tratamento, está pensando na fisiopatologia, nas evidências epidemiológicas e nas técnicas dos procedimentos (componentes “duros”), se vê obrigado(a) a lidar também com vários “ruídos”: a variabilidade biológica das doenças e a influência de outros tantos fatores nela, a vida que está à sua frente insistindo em falar, a disponibilidade dos meios e as condições concretas para realizar os procedimentos em cada realidade social e de saúde, entre outros ruídos. O profissional precisa relativizar um pouco, negociar, contentar-se em aplicar somente parte dos protocolos neste momento, para depois tentar retomá-los. Eis o componente “leve” que leva os saberes médicos a se adaptarem, estes que, em si, já não são “exatos”, e agora dependem desta autonomia profissional. Por isso tecnologias leve-duras (MERHY, 2004; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Mas as incertezas são ainda maiores quando o “outro” lado, o da pessoa que cuidamos, é considerado. Se atendo alguém e me abro para uma relação cuidadora, estou usando as três tecnologias de trabalho em saúde: leves, leve-duras e duras. Porém, entre elas é possível organizar o trabalho centrado nas “tecnologias leves”, nos abrimos para a vida do outro, não somente para sua doença mas para tudo o que só existe naquela vida, tudo o que faz sentido somente para aquela vida, naquele momento. Ou seja, estamos usando centralmente as tecnologias leves quando nos aproximamos da “singularidade” do sujeito de quem estou cuidando (MERHY, 2004; MERHY; FEUERWERKER, 2016). Vamos voltar ao conceito de singularidade no capítulo III.

Há tempos se discute a conformação da medicina contemporânea como uma racionalidade biomédica, que, para a construção de todo um arcabouço técnico imprescindível para as sociedades contemporâneas, tirou e tira ótimo proveito dos métodos experimental e analítico, mas que ainda se vê bastante vinculada a um pensamento dualista, mecanicista, objetivista e adepto da superespecialização, entre outras características (LUZ, 2019). O trabalho médico, neste ponto de vista, tenderia a privilegiar as tecnologias duras e leve-duras, que preenchem a dimensão técnica deste trabalho, e que, embora possibilitem a construção de casos clínicos de alta qualidade, quando da passagem para um projeto terapêutico será preciso uma mudança no arranjo tecnológico, dando-se maior espaço para as tecnologias leves, que então conduziriam as demais dimensões tecnológicas. Portanto, um trabalho em saúde orientado pelas tecnologias leves, sem nunca desmerecer as outras dimensões, é um arranjo tecnológico que em si facilita o encontro intercessor cuidador.

Movimentos como o do método clínico centrado na pessoa são importantes porque, ao nosso ver, criam oportunidades para reposicionar o “paciente”, que agora é uma “pessoa” e foi colocado no centro do processo (STEWART et al., 2017). Sem usar esta nomenclatura, força um reposicionamento das tecnologias leves, ao mostrar a importância das relações no trabalho médico ofertando técnicas para capacitar o profissional nesse sentido, mediante a sistematização de aspectos da realidade dos atendimentos e protocolos de etapas a serem seguidas. É válido mesmo o esforço para converter as tecnologias leves em leve-duras, pois uma linguagem mais técnica e científica significa um território mais seguro, ainda que nem sempre suficiente com relação aos modos de existir.

Voltando ao tema do encontro, observe que acima dissemos que um encontro não será sempre “bom”, nem sempre produzirá mais vida e saúde, pois produz mudanças ou deslocamentos que podem fazer as coisas caminharem para um lado ou para outro, não temos como prever, mas temos como interferir. Por isso, o uso de tecnologias leves exige prudência! Sim, tecnologias leves são poderosas, e também podem

ferir! Um exemplo extremo seria o assédio moral. Sim, o chamado assédio moral, que é considerado um crime em muitos países do mundo, não é um tipo físico de agressão, mas é também uma agressão ao se expor uma pessoa a situações humilhantes e/ou constrangedoras de modo repetitivo e prolongado (PAULA; MOTTA; NASCIMENTO, 2021), e só é possível porque há uma manipulação, consciente ou não, de tecnologias leves, há intercessão que produz maus encontros.

O cuidado e o projeto ético-estético-político

Para quem envereda pela operação intensiva de tecnologias leves a fim de cuidar, nunca haverá total controle sobre os efeitos que as relações podem produzir para cada um dos envolvidos. Portanto, há que se ter ao menos um eixo neste caminho, e, já que estamos falando de “projeto” neste livro, caberia dizer que precisamos ter claro que “sentido” é este que queremos, com que delicadeza temos que lidar com certas situações, que precauções precisamos ter a cada passo dado, ou seja, qual seria o projeto ético-estético-político (SEIXAS et al., 2016; SLOMP JUNIOR et al., 2019; SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015) que estamos escolhendo para nós.

Em nosso grupo de pesquisa na saúde coletiva, Grupo Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, temos nos inspirado em autores da micropolítica, como Félix Guattari, para fazer destes conceitos, já conhecidos, algo que dê sentido às nossas práticas de saúde, de pesquisa, de gestão, de ensino e de vida, enfim, mas também operadores para o cuidado em saúde quando vistos do ponto de vista do encontro intercessor. Propomos que um certo conjunto de escolhas seja feito quando de nossas ações, conformando todo um projeto para o agir que seja pautado em três dimensões:

I. Uma dimensão ética, a primeira de todas, pela qual se coloca os usuários(as) da saúde, como cidadãos(ãs), na condição de finalidade para qualquer ação em saúde. O princípio inegociável aqui é o de que toda e qualquer vida é digna de ser vivida, e nenhum ato nosso pode ser contrário a isso. Por isso tudo se diz que ter uma ética é conduzir-se de certo modo porque se aposta em certos princípios. Um trabalho usuá-

rio-centrado, pautado pela ética da produção de mais vida nas vidas vividas.

II. Uma dimensão estética, que aqui agrega sentidos um pouco diferentes aos efeitos da beleza de qualquer manifestação artística que apreendemos com nossos sentidos. Sim, também isso, mas agora enquanto beleza da vida, de um modo de viver a vida, de se relacionar. “Estético” aqui é também encontrar com a vida, com a experiência, é abrir nossa sensibilidade para as sutilezas das situações cotidianas, e portanto para as reais necessidades em saúde, no caso do projeto terapêutico. Diz respeito à forma como experienciamos os afetos que interferem na produção cotidiana dos corpos. Por exemplo, ver o organismo humano como composto por esta estrutura biológica que se compõe com um corpo sensível, afetivo, que o habita, diz respeito à estética do corpo e aos modos de caminhar a vida. Esta perspectiva, modo de olhar, muda tudo na percepção da clínica, do cuidado e do projeto terapêutico a ser formulado para os problemas de saúde.

III. Uma dimensão política. Em que sentido nosso agir em saúde tem sempre a política na sua constituição? No sentido de que, para que as dimensões acima estão sempre ocorrendo em um campo de relações de poderes, de disputas de modos de viver, de apostas em certos mundos vivíveis e não outros. Além disso, precisamos entender que as decisões em saúde precisam ser coletivas, sem graus hierárquicos a priori, ainda que com atribuições técnicas diferentes. Ou seja, o cuidado, como estamos defendendo aqui, só é possível se as relações forem o mais simétricas possível, se todos os envolvidos, usuários(as)-cidadãos(ãs), familiares e demais trabalhadores(as) da saúde e de outros setores, todos os interlocutores de quem está tomando decisões, sejam considerados(as) válidos(as) e participem das decisões. A dimensão política diz respeito ao fato de que todos(as) os(as) envolvidos(as) sempre estão defendendo certa visão de mundo, de cuidado, e seus interesses vinculados a um projeto para a saúde.

Um projeto ético-estético-político funciona como uma bússola, um mínimo de indicações quando nos movimentamos em encontros intercessores para cuidar.

Concluindo, mas abrindo

A consulta na medicina, como cenário, e o caso clínico-situacional, como modelo, dão uma noção deste conjunto poderoso de tecnologias duras e leve-duras que é a clínica na medicina, usada aqui como exemplo, mas poderíamos desfiar comentários sobre a clínica também em outras profissões da saúde.

O exercício da clínica hegemônica da medicina, assim como de outras profissões da saúde, ainda é profundamente marcado por uma técnica arraigada no racionalismo mecanicista, instrumental, onde um trabalho vivo em ato carregado de tecnologias duras e leve-duras alimenta esta perspectiva, reduzindo tecnologicamente o cuidado. O esforço a ser feito é para que o uso das tecnologias leves, relacionais, possam fazer prevalecer um cuidado mais cuidador, que tem como centro a defesa radical da vida dos usuários e nossa implicação com isso.

Por outro lado, se entendermos o cuidado em saúde como uma micropolítica dos encontros intercessores, nos parece ser recomendável termos em nossa caixa de ferramentas um projeto ético-estético-político que tenha a produção de mais vida como eixo central. E a clínica pode se beneficiar, inclusive tecnicamente, de encontros implicados com as necessidades das pessoas.

O projeto terapêutico será apresentado neste livro como mais uma caixa de ferramentas para nos ajudar a tornar nossa clínica mais cuidadora. No próximo capítulo vamos percorrer juntos um panorama de sua emergência no mundo da saúde.

Referências

ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 42, p. 244–260, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2021.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 8, p. 73–92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CABRAL, M. P. G.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. “Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luiza. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 330–339. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 11, n. 23, p. 605–618, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

CANDEIAS, J. A. N. Assistência e Atenção. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 215–216, ago. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000400001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

CRUZ, M. C. C. O conceito de cuidado em saúde. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DELEUZE, G. Curso de 24 de janeiro de 1978 - o afeto e a ideia. *Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981)*. trad. Emanuel Angelo da Rocha Fragoso et al. 3. ed. Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 33–70.

DELEUZE, G. Os intercessores. *Conversações 1972-1990*. Coleção Trans. trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: 34, 2008. p. 151–168.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, [S. l.], v. 267, n. 16, p. 2221–2226, 22 abr. 1992. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/396718>. Acesso em: 27 out. 2020.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 85–108, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120040001000006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 abr. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 35–47. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. do C. (org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176–200.

GLOSBE. Dicionário latim-português [recurso eletrônico]. [S. l.]: Glosbe, 2022. Disponível em: <https://pt.glosbe.com/la/pt/cogitare>. Acesso em: 18 jan. 2022.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 475–508.

LUZ, M. T. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019 (Coleção Memória Viva). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36799/2/Natural-Racional-Social.pdf>. Acesso

em: 24 maio 2022.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. 2009. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 29 out. 2020.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 20, p. 1411–1416, out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n5/1411-1416/pt/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71–114.

MERHY, E. E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. Saúde em Debate, [S. l.], v. 34, n. 86, p. 433–435, 2010.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108–137.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 59–72.

MICHAELIS. Dicionário da língua portuguesa [recurso eletrônico]. [S. l.]: UOL, 2022. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/>. Acesso em: 29 out. 2020.

OLIVEIRA, F. A. de; PELLANDA, L. C. A Consulta ambulatorial. In: DUNCAN, B. B. et al. (org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.

ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. v. 1, p. 118–124. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1079463>.

PAULA, C. de F. N. Q. de; MOTTA, A. C. de G. D.; NASCIMENTO, R. P. O assédio moral nas organizações: as consequências dessa prática para a sociedade. *Serviço Social & Sociedade*, [S. l.], , p. 467–487, 13 set. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ssoc/a/r7GnxDKDWy8jBgJszmGLTyH/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ROMANÍ, F. R. Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana* [en línea], [S. l.], v. 15, n. 1, p. 46–51, 2010. Disponível em: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/63>. Acesso em: 12 out. 2020.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Relação médico-paciente e técnicas de entrevista. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (org.). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. trad. Claudia Oliveira Dorneles. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 15–30.

SEIXAS, C. T. et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, [S. l.], v. 12, p. 113–123, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832019000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 537–546, fev. 2015. Disponível em: <http://www>.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537-&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2020.

STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. p. 365–415.

STEWART, M. et al. (Org.). Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Third edition. London: Radcliffe Publishing, 2017.

capítulo II

de onde vem, por onde já passou e o que é o projeto
terapêutico singular



CAPÍTULO II

De onde vem, por onde já passou e o que é o projeto terapêutico singular

Conceitos e proposições centrais

A desinstitucionalização da saúde mental, o projeto italiano, a experiência brasileira santista e a confluência com a saúde coletiva: o defesa da vida.

Seus vários nomes, entre eles: projeto terapêutico individual-institucional-singular.

Mais um pouco sobre o projeto terapêutico singular e o caso clínico: o PTS e os casos “difíceis” ou “complexos”.

No projeto terapêutico há coautoria na elaboração coletiva das análises e do plano de cuidados: um compartilhamento de responsabilidades que torna válidos todos os interlocutores, especialmente a pessoa usuária.

Um PTS, na perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde: é “singular” porque aposta no sujeito como multiplicidade, uma composição única de singularidades a cada tempo e lugar.

Ninguém inventou o projeto terapêutico, e ao mesmo tempo muitos coletivos o fizeram ao longo do tempo. Sim, as ideias e práticas relacionadas ao projeto terapêutico tiveram uma origem múltipla e foram sendo forjadas em experiências de mudanças tanto em serviços e sistemas de saúde como nas práticas profissionais, e continuam sendo modificadas, artesanalmente, no trabalho cotidiano de inúmeros serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). É verdade que às vezes é citado para significar coisas diferentes entre si, ou algo genérico que não se sabe bem o que é, mas vamos deixar este desafio para logo mais, quando trataremos do conceito de projeto terapêutico. Por ora, queremos trazer para esta conversa alguns caminhos que esta

proposta foi percorrendo, nos quais veio se transformando e ganhando corpo.

O que é importante para discutirmos o tema do projeto terapêutico, ao nosso ver, é fazer um esforço para olharmos para o passado a partir dos sentidos que o projeto terapêutico tem para nós hoje, tentando produzir uma memória das disputas que foram se sucedendo em torno de alguns dos principais surgimentos, aqui ou ali, das práticas discursivas e não discursivas que vieram a se constituir como sendo o projeto terapêutico, na Europa e no Brasil. Em outras palavras, tentamos adotar aqui uma leitura inspirada no método que Michel Foucault, inspirado na produção de Friedrich Nietzsche, chamava genealogia (FOUCAULT, 2010; MATTOS, 2011; THIRY-CHERQUES, 2010).

Nessa perspectiva, o que nos interessa, mais do que uma cronologia fiel aos eventos, são os momentos de descontinuidade, na história do projeto terapêutico, quando emergiram novas sensibilidades, novas éticas para o trabalho em saúde, novos saberes que estavam aprisionados e que aproveitaram as disputas que aconteciam em certos momentos para poder funcionar, ou seja, os acontecimentos³. Seguindo com as contribuições foucaultianas, queremos ver o projeto terapêutico, neste livro, como “dispositivo”, no caso um conjunto de enunciados, estratégias e ações que teve por finalidade produzir mudanças nos modos como se atendia (e se atende) às necessidades das pessoas usuárias com seus problemas de saúde, mudanças mediadas pelo trabalho de cada equipe de saúde que, como já visto anteriormente, é um trabalho vivo em ato (MERHY, 2000) que possibilita diferentes arranjos na prática cotidiana.

Portanto, convidamos leitoras e leitores a começarmos este capítulo percorrendo rapidamente alguns dos surgimentos das experiências com o projeto terapêutico,

³ Nem por isso omitimos algumas poucas datas da cronologia dos fatos, porque esses marcos temporais consideramos importantes justamente porque demarcam certos acontecimentos. Também sugerimos ver o debate sobre a noção de acontecimento que usamos neste livro, feito no capítulo VI.

mas faremos isso sucintamente, porque nosso objetivo aqui é introduzirmos os principais processos e marcos. Ficaremos satisfeitos em discutir, neste capítulo, como se formaram essas práticas, como experimentações, que são relacionadas ao projeto terapêutico, invariavelmente associadas a discursos que sustentam essas práticas e ao mesmo tempo delas decorrem, e que terá os mais diversos usos no Brasil, em especial este que é de nosso interesse: como caixa de ferramentas e dispositivo para o cuidado em saúde.

A desinstitucionalização da saúde mental na Europa e o projeto basagliano

Vamos lembrar uma história que começou em 1961, em uma pequena cidade no norte da Itália chamada Gorizia, quando um psiquiatra chamado Franco Basaglia (1924-1980), então professor da Faculdade de Medicina de Padova, é chamado para assumir a direção do hospital psiquiátrico local. Na verdade começou antes, em outras experiências que inspiraram esta que estamos lembrando aqui, mas começamos aqui com esta porque, como veremos adiante, teve um papel especial para a invenção do projeto terapêutico e teve forte influência para nós, no Brasil.

Basaglia não tinha experiência de trabalho anterior em “manicômios” como aquele, e no primeiro momento assustou-se com o que viu, mais do que isso, revoltou-se com as condições em que viviam os “pacientes” daquela instituição (NICÁCIO, 2003). Entretanto, tal estranhamento com relação aos modos ultrajantes como se tratava pessoas com sofrimento mental já não era uma novidade no mundo, naquele momento. Amarante (2011) faz um resgate desta história em um inventário das principais experiências de questionamentos e mudanças do tratamento hospitalar em psiquiatria. Registros sobre essas experiências já existiam desde os anos 1950 na Europa, e a partir dos anos 1960 também nos EUA, e tais registros puderam ser consultados por Basaglia e sua equipe, além de terem feito contatos com os protagonistas daquelas experiências, e provavelmente aconteceram visitas mútuas, resultando em uma inspiração para pensar a reorganização das práticas de cuidado em saúde mental em Gorizia.

E que propostas de cuidado em saúde mental teriam sido aquelas, precursoras da experimentação basagliana? Estudiosos do assunto incluem entre eles diferentes modelos na Inglaterra (primeiro a comunidade terapêutica⁴, e depois a antipsiquiatria), na França (primeiro a psicoterapia institucional, e depois a psiquiatria de setor) e nos Estados Unidos da América (a chamada psiquiatria preventiva ou saúde mental comunitária). Cada uma destas propostas tinha suas características e peculiaridades, que não caberia aprofundarmos aqui, mas vale a pena fazermos uma síntese do que buscavam em comum: melhorar, democratizar e humanizar o próprio hospital psiquiátrico (comunidade terapêutica e psicoterapia institucional); depois, nos anos 1960, também implantar serviços extra-hospitalares e comunitários de saúde mental, constituindo as primeiras redes de saúde mental de que se tem notícias (psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva); chegando-se, no limite, a um questionamento profundo da própria psiquiatria e de suas instituições (antipsiquiatria) (AMARANTE, 2011).

Contemporâneo de algumas dessas experiências, Basaglia e sua equipe as utilizavam e inventavam a partir delas. Além disso, vários outros autores – a exemplo de Michel Foucault – já contribuía então para que este grupo propusesse um passo a mais: questionar a própria existência do manicômio enquanto instituição, ao proporem a liberdade como cenário terapêutico (NICÁCIO, 2003; AMARANTE, 2011). Efetivamente aconteceu uma profunda transformação no hospital de Gorizia, experiência depois reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Estado italiano, que a seguir iria alterar a legislação em saúde mental naquele país com base nos resultados obtidos. Na década seguinte (anos 1970) o trabalho da equipe de Basaglia vai ganhar ainda maior sofisticação em outro hospital psiquiátrico, agora em Trieste, consolidando uma inovadora proposta de cuidado em saúde mental.

⁴ No Brasil de hoje há um tipo de instituição chamada “comunidade terapêutica”, que usou este nome de origem britânica, mas trata-se, majoritariamente, de instituições bem diferentes daquelas do Reino Unido, geralmente vinculadas a instituições religiosas e que adotam, em geral, práticas semelhantes ao modelo manicomial (AMARANTE, 2011).

O problema central para Basaglia era o que ele e sua equipe chamavam “institucionalização”, que para eles não significa só o enclausuramento físico do sujeito dentro do hospital, mas o modo complexo como as relações autoritárias dentro do manicômio são internalizadas pelo próprio sujeito, por vezes de modo coercitivo, determinando “nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional” (BASAGLIA, 1981 apud NICÁCIO, 2003, p. 108). A internação psiquiátrica, no modo como acontecia naqueles hospitais e, com sucessivas repetições ao longo da história, e em vários países, passou a ser vista não como terapêutica, mas como uma estratégia de “proteção” da sociedade contra os “perigos” da loucura.

Eis que, ao proporem a liberdade como pré-requisito para o cuidado em saúde mental, Basaglia e sua equipe experimentaram, desde a implantação de serviços extra-hospitalares na Gorizia dos anos 1960 até a completa desativação do manicômio, com integração comunitária mediante a criação de ofertas de trabalho e moradia, entre outras inúmeras ações, na Trieste dos anos 1970, muitos desafios (AMARANTE, 2011; NICÁCIO, 2003). Cada caso precisava ser acompanhado levando em conta suas fragilidades e potencialidades muito próprias, como seu tempo de adoecimento e institucionalização, e suas possibilidades de ressocialização, a proximidade que ainda poderia existir com sua família, seus interesses e habilidades profissionais e laborativas, entre outros aspectos. Não bastava mais, portanto, o diagnóstico psiquiátrico para orientar o “caso”, que aliás Basaglia questionava, como fica claro em seu famoso pressuposto, assinado em coautoria com sua esposa Franca: o de “colocar ‘entre parênteses’ a doença e o modo no qual foi classificada, para se poder considerar o doente” (NICÁCIO, 2003) em seus modos possíveis de viver.

As primeiras experiências brasileiras de desinstitucionalização em saúde mental e a confluência com a saúde coletiva latino-americana

Muitas das ferramentas de cuidado que hoje compõem o que chamamos projeto terapêutico já estavam, mesmo que de outro jeito, presentes naquela experiên-

cia basagliana, e nas décadas seguintes duas outras experiências – agora no Brasil – as usaram como uma de suas principais inspirações: o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de nosso país, chamado CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira ou “CAPS Itapeva”, inaugurado em 1987 e ainda funcionando quando escrevemos este capítulo; e a experiência santista de desinstitucionalização em saúde mental, desenvolvida no período de 1989 a 1996. Ocorre que nesta época (final dos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990) o cenário na saúde brasileira era efervescente, e temos que falar um pouco sobre ele, pois tornou possível a formulação final do projeto terapêutico. Sim, esta invenção acabou sendo brasileira, mesmo, ao menos enquanto caixa de ferramentas para o cuidado e com esta nomenclatura.

Antes, peço ao(à) leitor(a) que tire um minutinho de seu tempo para conferir na internet a imagem do encontro dos rios Tapajós e Amazonas, em frente à cidade de Santarém-PA. Lindo nosso país, não? Esperamos que possamos aprender a cuidar melhor dele e de seu povo... Agora, voltemos ao assunto e imaginemos que um daqueles rios é o movimento de saúde mental, e o outro é o da saúde coletiva, ambos emergentes e confluentes desde os anos 1970 e intensivamente naquela virada dos anos 1980 para os anos 1990. Em um certo setor da saúde mental brasileira havia muita excitação com o que as experiências europeias, que citamos acima, vinham oferecendo ao mundo. Desde os anos 1970 já crescia um movimento de trabalhadores da área, mas é nos anos 1980 que alguns projetos nesse sentido começam a ser incorporados nas políticas públicas brasileiras de saúde (NICÁCIO, 2003).

O outro grande fluxo d’água, a saúde coletiva latino-americana, também vinha se constituindo como campo científico e de práticas desde os anos 1960/70 problematizando temas como a insuficiência do paradigma vigente de saúde e risco, representado pelo modelo médico-hegemônico da clínica. Para avançar na análise desta tensão e buscar caminhos para a mudança, apostava na conjunção de três áreas: epidemiologia, planejamento-administração em saúde e ciências sociais em saúde (ALMEIDA FILHO; PAIM, 1999). Hoje tal campo já expande para outros referenciais, até por conta da confluência que vamos colocar adiante. Some-se, na época, o concomitante pro-

cesso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), acelerado naquele contexto da redemocratização brasileira: o SUS acabava de ser instituído, pela Constituição de 1988, quando da experimentação de Santos-SP!

Saúde mental e saúde coletiva. Dois rios caudalosos, como o Tapajós e o Amazonas, que primeiro colocam suas águas lado a lado e a seguir vão se misturando, trocando experimentações, referenciais teóricos e reflexões sobre experiências práticas em curso, interferências de lado a lado que produzem novas transformações em cada uma das áreas. Eis o caldo de cultura para emergir o projeto terapêutico no Brasil. Para a área de saúde mental o aprendizado e a parceria com o movimento sanitário vai criar condições para que várias experiências, como as que citamos acima, por exemplo, ocorra em uma gestão municipal inovadora que irá “banca” a intervenção no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta” de Santos-SP, a partir de 1989, o que levará à implantação de vários serviços substitutivos de cuidado, além de moradia para os ex-aprisionados daquele manicômio, entre outros, culminando com a desativação total daquele hospital, em 1994. Ao mesmo tempo, esta experimentação em território brasileiro abre campo de reflexão sobre todos os aspectos envolvidos nela, reforçando por exemplo os debates que já aconteciam na própria saúde coletiva sobre o papel da clínica frente às mudanças na saúde.

O contexto do “defesa da vida” na emergência do projeto terapêutico singular

Para a saúde coletiva brasileira, por outro lado, os acontecimentos na saúde mental colocavam em análise alguns dos caminhos que até aquele momento haviam sido pensados para a construção em andamento de um sistema universal de saúde. Nos anos 1990, um grupo em especial merece destaque aqui: professores/pesquisadores reunidos no Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Tal grupo olhava para fora da academia, e desenvolvia projetos junto a muitas redes municipais de saúde, incluindo o Serviço de Saúde Mental Doutor Cândido Ferreira em Campinas-SP, e também acompanhavam as invenções da

experiência santista, entre outras, ao mesmo tempo em que divulgavam uma proposta denominada “modelo tecnoassistencial em defesa da vida” (CAMPOS, 1991; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

No que interessa à temática do projeto terapêutico, o defesa da vida (DV) incorporou, entre outras coisas, as possibilidades da clínica e do cuidado em suas reflexões sobre o enfrentamento dos desafios da mudança na saúde, em uma saúde coletiva que ainda guardava grande vinculação com as diretrizes de sua área conexas, a saúde pública, e que até então priorizava as discussões de ordem coletiva e/ou populacional centradas na proposta da epidemiologia e vigilância à saúde, focando nestas perspectivas as mudanças que vinham sendo conduzidas. O DV chegava com um entendimento diferente, o de que a clínica e o cuidado seriam igualmente estratégicos para qualquer mudança na saúde, e, portanto, a clínica e o cuidado mereciam a mesma atenção, no contexto do grande movimento de construção do SUS. Eis porque construções como o projeto terapêutico passam a ter importância.

Experiências municipais em curso, as experimentações na saúde mental eram a comprovação de que, ao se tensionar a clínica tradicional, levá-la para o ambiente das redes de cuidados, das comunidades, das famílias, reposicioná-la frente a outras dimensões da vida tão ou mais importantes que ela, enfim, ao colocá-la a serviço do cuidado⁵ e não o contrário, emergiam muitas possibilidades de boas mudanças. Porém novos desafios surgiam pela frente quando deste redirecionamento, faziam-se necessárias novas ferramentas e o projeto terapêutico foi logo percebido como sendo uma possibilidade. Aliás, foi nesta época que, no Brasil, começou-se a chamar esta caixa de ferramentas de “projeto terapêutico”. Sim, finalmente é batizada a proposta!

Não é por acaso que os autores vinculados ao DV lançavam mão do projeto terapêutico entre suas ferramentas, passando a formular sobre ele, desenvolvê-lo en-

⁵ No capítulo I fizemos uma discussão sobre o conceito de cuidado em saúde.

quanto caixa de ferramentas. Também nos anos 1990, importantes experiências são realizadas segundo a diretriz operacional do acolhimento em saúde, e que se somam à ideia geral de mudança no modo de produzir o cuidado, incorporando-se novos elementos à ideia geral de projeto terapêutico. A partir de projetos como o Porta Aberta, de Ipatinga-MG e iniciativas de implantação do acolhimento como as de Belo Horizonte (MALTA et al., 1998) e Betim (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), ambas em Minas Gerais, a ideia de escuta qualificada, responsabilização ao problema de saúde do usuário, estabelecimento de vínculo e seguimento do cuidado são elementos que informam fortemente sobre o projeto terapêutico, associando-se à ideia geral de um modelo “em defesa da vida”.

Estudos desenvolvidos por Mendes-Gonçalves (1994), Merhy (2000), entre outros autores, apoiavam então esta discussão sobre o tema do trabalho em saúde, que se vincula fortemente à ideia de projeto terapêutico. Entendeu-se que a chave para a mudança nos serviços de saúde, e especialmente o modo de produzir o cuidado, se encontrava no processo de trabalho. De um ponto de vista da sua micropolítica, o trabalho em saúde reserva grande espaço para o autogoverno dos trabalhadores, que poderiam assim decidir sobre seu próprio processo de trabalho, e o modo como iria se relacionar com o usuário(a)-cidadão(ã) e, efetivamente, cuidar. Este espaço de liberdade, somado à formação técnica dos(as) trabalhadores(as) da saúde, recursos que estariam de posse deles(as) mesmos(as), possibilitariam implementar projetos de mudança, contando centralmente com a reorganização dos modos de trabalhar. Abre-se então uma possibilidade de mudança na saúde operando na micropolítica do processo de trabalho, agora visto também como o produto de opções e decisões do trabalhador na relação à quente com o usuário, ou seja, em ato, ao mesmo tempo em que se produz um procedimento ou intervenção que é “consumido” pelo usuário: este é o princípio e a potência do trabalho vivo em ato (MERHY, 2000).

O projeto terapêutico, neste contexto, era transformado, reposicionado enquanto dispositivo de mudança, mas já existia um pouco antes disso. Desde os anos 1980, pode-se encontrar na literatura especializada algumas menções à expressão “projeto

terapêutico”, ainda que raras, sendo difícil (e não relevante, ao nosso ver) determinar o aparecimento primeiro deste conceito. Por vezes tratava-se de um simples plano terapêutico – medicamentoso ou não – para um caso clínico no formato clássico, que vimos no capítulo I; porém, no início dos anos 2000 o projeto terapêutico já representava uma estratégia mais ampla, por exemplo envolvendo a família e o entorno do processo de adoecimento (SOUZA et al., 2001). Outras vezes, em um significado que perdura nos anos 1990 e chega até o início dos anos 2000, é usado na forma de “projeto terapêutico institucional” de um serviço de saúde: um hospital, de um CAPS etc. (PINHO; KANTORSKI, 2004).

O importante é que o projeto terapêutico passa a ser utilizado em estudos de “casos” de várias naturezas, em pesquisas e projetos de intervenção relacionados ao cuidado e à gestão na saúde, e as inúmeras produções bibliográficas que registram aquele movimento comprovando o caráter inovador desta inflexão. Ainda era chamado apenas de “projeto terapêutico”, ou, já como recurso para uso cotidiano em novos serviços de saúde mental, de “projeto terapêutico individual” (SOUZA et al., 2001), e o conceito vai crescendo, ganhando novos aperfeiçoamentos. Mas não demora para o projeto terapêutico não ser mais “individual”, e sim “singular”.

“Com o modelo proposto podemos entender porque lesões, limitações ou sofrimentos semelhantes levam algumas pessoas ao serviço de saúde (e outras não) segundo a “composição” singular do Sujeito: classe social, cultura, trabalho, família, medos, desejos e interesses, etc...” (CUNHA, 2004, p. 59, grifo nosso).

Este exemplo carrega um dos primeiros entendimentos sobre o que seria “singular”, para um grupo de autores, conceito que vamos retomar a seguir. Enfim, já chamado “projeto terapêutico singular” (PTS), o dispositivo agora ampliava o alcance do diagnóstico e da intervenção clínica para além do modelo biomédico tradicional da doença, reposicionando o “sujeito” não mais “paciente”, mas como protagonista do

processo, e enfatizando a responsabilização e o compromisso ético frente a este sujeito (CAMPOS, 2006, 2000; CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2004). Este foi, em linhas gerais, o PTS que viria a ser incorporado na Política Nacional de Humanização na saúde (BRASIL, 2008).

Ao mesmo tempo outros(as) autores(as), também alinhados(as) com os compromissos lançados pelo DV, interessavam-se pelos aspectos adicionais que poderiam vir junto com o uso do PTS, por exemplo, considerar os múltiplos modos de agir, de sentir e de pensar a vida (MERHY, 1998; FEUERWERKER, 2014; MERHY; FRANCO, 2003). Adiante veremos que esse esforço terá consequências no modo de se pensar o que viria a significar “singular”.

Mas, afinal de contas, o que seria o PTS? Qual a sua relação com a clínica? Para que serve e onde entra em nossas práticas em saúde? Voltemos momentaneamente ao tema clínica, mais especificamente ao caso clínico.

Decolando com o projeto terapêutico a partir de um caso clínico

Retomamos agora uma discussão que foi iniciada no capítulo I, quando tratamos do cuidado em saúde frente ao caso clínico. Para alguns autores o PTS “nada mais é do que uma variação da discussão de ‘caso clínico’” (CUNHA, 2004, pág. 172), porém com foco prospectivo, e não retrospectivo, como geralmente acontece com o caso clínico (CAMPOS; AMARAL, 2007). Entendemos, por outro lado, que há muitas diferenças entre as duas propostas, uma delas já apontamos no início do capítulo, ou seja: para o PTS faz diferença saber como é a produção do cuidado em torno do caso. É preciso haver passagem entre os modelos nas mesmas práticas.

Para exemplificar isso, tomaremos um caso real, que foi acompanhado por colegas em uma pesquisa nacional sobre a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde, da qual participamos, para nos ajudar na discussão que se segue. Segundo as(os) autoras(es), a escolha deste caso na pesquisa foi uma sugestão unânime, ime-

diata e indubitável de duas equipes de saúde: a de um centro de atenção psicossocial voltado à pessoa com uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS-ad), e a de uma unidade de saúde da família (USF), quando perguntou-se qual caso seria mais desafiador, mais mobilizava e desafiava a equipe. E a pesquisa voltou-se, naquela cidade e naquela frente de pesquisa, para “Bj” (OLIVEIRA et al., 2016; OLIVEIRA; BARRETTO; DULTRA, 2016):

Bj é uma mulher que tinha 41 anos quando da pesquisa, e que em alguns períodos da vida alternava para o gênero masculino. Morava sozinha em um pequeno quarto bastante insalubre, próximo à residência de sua mãe, mas passava tempo significativo de sua vida junto a alguns grupos de viventes em situação de rua. As informações técnicas obtidas de prontuários e entrevistas com equipes configuravam um caso clínico de alguém com problemas de saúde por abuso de álcool, além de outros problemas de saúde provavelmente relacionados a uma gastrite. Tinha também histórico de utilização de cocaína. Por vezes comportava-se violentamente, especialmente quando assumia sua identidade masculina, e tais atitudes violentas – somadas ao fato de viver a maior parte do tempo na rua – tornava o cuidado de sua saúde bastante desafiador. Porém, veremos ao longo deste capítulo que as entrevistas da pesquisa deixarão ver que há muito mais a conhecer sobre Bj.

Vamos imaginar que fomos transferidos(as), como médicos(as), para um novo serviço de saúde, e Bj entra em nosso consultório queixando-se de dor de estômago. Muito bem, estamos lá empenhados(as), querendo fazer uma clínica o mais competente possível, e construímos um caso clínico “perfeito”: fazemos uma ótima anamnese (entrevista clínica), examinamos com esmero, anotamos minuciosamente sinais e sintomas, acionamos nosso raciocínio clínico e solicitamos os exames certos, formulamos ótimas hipóteses diagnósticas, e prescrevemos um primeiro esquema medicamentoso, tudo sempre de acordo com os mais atualizados protocolos e diretrizes científicas internacionais. No caso de Bj, vemos que há critérios para diagnosticar uma dependência de álcool, e possivelmente outros efeitos do álcool e órgãos-alvo. Mas, para nossa surpresa, ou Bj não consegue fazer todos os exames, ou não quer fazê-los pelos

motivos mais variados, ou não consegue comprar a medicação prescrita, ou não pode ou não quer mudar o jeito de se alimentar ou de viver a vida, ou talvez não consiga fazer essas coisas porque não tem condições financeiras e de vida para isso, ou não tem quem ajude, ou...

Enfim, apenas alguns exemplos de possíveis falhas terapêuticas, de se trabalhar com perfeição no caso clínico “cientificamente correto” para depois ficar sabendo que ele não foi adiante, que não aconteceu o que havia sido programado, que o trabalho de ambos os lados, de B_j ao procurar ajuda, e nosso, não levou a nada do que se esperava, nada se concretizou, enfim. É frustrante quando isso acontece, principalmente para o(a) usuário(a) e sua família, mas também para quem se preocupa com ele(a) e quer mesmo fazer seu trabalho de cuidado. Há uma sensação de perda de tempo de todo mundo, de gasto inútil de recursos públicos ou privados, situação que gera estresse, principalmente para o paciente e seus familiares. E este problema não diz respeito somente ao atendimento individual, mas também impacta na gestão de serviços e sistemas de saúde.

Se nos preocuparmos somente com o caso clínico, considerando que ele é bem construído, certamente que isto já nos ajuda a entender tecnicamente um “paciente⁶”. Este caso, então, já é bastante útil para aquela finalidade que apontamos no capítulo I, aprendizado com o caso mediante comunicação entre pares, faz avançar as ciências biomédicas, de cuidado, e suas tecnologias duras e leve-duras. Mas por vezes, tem falhas, é insuficiente, dá conta somente de parte do(s) problema(s), e tal abordagem parcial pode prejudicar a própria efetividade clínica. Urge então analisarmos que pro-

⁶ Não cabe aqui neste texto entrar no amplo debate sobre como chamar quem busca cuidado para sua saúde, se “paciente”, “cliente” ou “usuário”. Preferimos não usar “paciente”, quando possível, dada a conotação de passividade e paciência que carrega (SAITO et al., 2013). Costumamos alternar entre usuário e usuário-cidadão. Mas admitimos que “paciente” é um nome consagrado nos serviços de saúde e no senso comum, portanto o usaremos quando nesse contexto.

jeto terapêutico está em jogo neste caso e de que modo as tecnologias leves estão sendo operadas.

Se estivermos atentos(as), nos damos conta de que ainda nem sabemos quem é Bj, não fazemos ideia de tudo o que está em jogo na sua vida, e qual o papel dos adoecimentos e das drogas em tudo isso, ou seja, é hora de nos abirmos para a vida que sempre vem junto com a queixa (FEUERWERKER, 2014). Eis um bom momento para nos atermos a que projeto terapêutico estamos operando no caso.

O projeto terapêutico é associado ao “caso clínico”, ou seja, a todo caso corresponde necessariamente um projeto terapêutico. Este pode ser precário ou integral, estritamente biomédico ou também acolhedor, e assumir diferentes modos de configuração da clínica e do cuidado. Mas é fundamentalmente um projeto terapêutico aquilo que é executado na relação com o usuário, seja como for essa relação. Pelo processo de análise do projeto terapêutico se pretende explicar a situação de saúde-adoecimento de uma pessoa, e principalmente, indicar caminhos quando do cuidado de casos complexos ou difíceis, ou seja, modificar o próprio projeto terapêutico.

O diagnóstico clínico dá vista a outra diferença importante. Construí-lo é importante na medida que ajuda a definir necessidades em saúde, mas o PTS é um exercício de não nos concentrarmos exclusivamente em diagnósticos oficiais, em doenças consagradas, mas em problemas de saúde a serem enfrentados, como discutiremos no capítulo III. E uma diferença ainda mais central é o modo de construção: o PTS é uma construção coletiva.

A construção coletiva e compartilhada do projeto terapêutico

O caso clínico (e seu projeto terapêutico, mesmo que implícito) podem ser montados individualmente ou coletivamente. Na primeira situação, que acontece, com mais frequência quando da montagem de um caso clínico, um(a) médico(a) ou outro profissional de saúde, no espaço reservado de um consultório, coleta as informações téc-

nicas que os protocolos exigem e toma uma decisão sozinho(a). No segundo caso, já atendendo à idéia de projeto terapêutico, é quando se envolve toda uma equipe de saúde, além do próprio usuário, da sua rede familiar {que não se reduz a papai, mamãe e filhinhos(as)} e por vezes da comunidade, produzindo-se uma construção coletiva, aliás por isso mesmo chegamos a chamá-lo de projeto terapêutico “compartilhado” (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

No caso de Bj, aconteceram várias discussões envolvendo a equipe de pesquisadores(as), profissionais de duas equipes – da USF e do CAPS-ad – e, nas entrevistas, soube-se da ampla rede de relações que Bj cultiva no território onde vive, incluindo comerciantes e até policiais, mas especialmente na rua, com cujos amigos compartilha o cuidado:

“Meus amigos na rua são Zé Bodó, Edivaldo, Índio... esses três que eu mais gosto. O resto eu não gosto não, fica procurando briga. Cá em cima, é outro sindicato; cá embaixo é outro! (...) O de lá de baixo tem uma cara que tá me segurando, me ajudando a não beber, que é Zé Bodó ...Paga café para mim de manhã... Ele (Zé Bodó) mora na rua... tem 14 anos na rua ele...eu tô dizendo para ele fazer exame de próstata! Não quer ir!” (trecho de entrevista, retirado de Oliveira et al., (2016, pg. 344).

Olhando para este caso podemos ter uma ideia de quantas pessoas poderão contribuir direta ou indiretamente, e a cada momento, com a construção de um PTS para Bj, mas sem esquecer que a própria usuária-cidadã deve ser a principal voz, pois seu modo de viver, sua rede viva existencial, é que nos guia. Em outro campo da mesma pesquisa que estamos citando neste capítulo, em outra cidade, a mesma questão surgiu:

“Algumas vezes a produção do projeto terapêutico envolveu família, usuário, equipe de AD, outros pontos da rede de saúde e da rede intersetorial. Construções instigantes que possibilitaram ricos aprendizados sobre a construção de redes vivas e parcerias. No cotidiano do cuidado em saúde, reconhecer a potência dos múltiplos atores e produzir conexão com outros que não fazem parte da área da saúde – a escola, por exemplo – faz muita diferença na produção de vida de quem cuida e é cuidado!” (BERTOLUCI et al., 2016) (pg. 194-165).

Fica claro que para uma construção assim é necessário estabelecer novos pactos de responsabilização no sentido da produção de um cuidado efetivo, já que, quando saímos do lugar de autor de caso clínico para ocuparmos o lugar de um dos(as) autor(as) de um PTS, deixamos de ser alguém que “sabe” dizendo para o outro que “não sabe” o que “deve” fazer, e que este outro então faz (ou não). Ao contrário, partimos do pressuposto que o outro também sabe coisas, a seu modo, e que a responsabilidade geral pelo cuidado é, em si, também compartilhada, pois à nossa frente há um interlocutor válido (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015), que deve ser tão atuante quanto nós, já que nossa relação deve buscar a melhor simetria possível.

Caso “difícil”, “complexo”, “resistente”, “refratário”, pessoa “não adere”...

Um PTS pode ser elaborado para um caso considerado “simples” ou “comum”, ou, o que temos visto com mais frequência, pode ser a escolha de se fazer um PTS para um caso desafiador.

De fato, um caso que desafie uma equipe de saúde, que seja considerado “difícil” ou “complexo”, que desafie as possibilidades existentes de cuidado, é aquele que costuma ser escolhido para se dedicar um PTS (BRASIL, 2008; CUNHA, 2004), até porque talvez seja o único caminho, em um caso assim, para se fazer alguma diferença

neste cuidado. Este é um critério que algumas vezes é usado para diferenciar o projeto terapêutico do caso clínico.

Mas o que faz um caso ser complexo ou difícil? Ora, a depender de muitas coisas, esta etiqueta pode ser colocada sobre uma pessoa ou família quando não há “aderência” ao tratamento proposto, quando a equipe entende que ela demanda muito o serviço, quando há problemas sócio-econômicos importantes envolvidos, questões morais, fazendo com que a possibilidade de se articular uma rede de apoio pareça distante (OLIVEIRA, 2008).

Toda essa amplitude que buscamos para compor um PTS, envolvendo o contexto de vida e trabalho, a situação econômica, a história de vida, a situação familiar, as crenças, os desejos, as convicções, as frustrações, enfim tudo aquilo que tem relação com a saúde, ou que dá sentido à saúde na vida, pode tornar mais ou menos fácil ou difícil o cuidar de uma pessoa ou de uma família (BADUY et al., 2016). Casos como o de Bj, que vimos acima, são assim. Vejamos o que disse uma profissional de saúde sobre ela, durante a pesquisa que estamos analisando:

“Ela tem altos e baixos em relação ao alcoolismo e alterna momentos de crise, quando fica agressiva e agitada, ameaça, e aumenta o consumo de álcool, e momentos nos quais está bem, organizada, quando bebe menos. Gera sensação de frustração e impotência porque, a despeito das inúmeras estratégias tentadas em relação ao seu cuidado, continua praticamente “na mesma”, sendo muito difícil ser seu técnico de referência.” (trecho de entrevista, retirado de Oliveira et al., 2016 pg. 343).

De fato, há casos que pedem mais, que nos trazem dúvidas importantes ou nos paralisam. O PTS é só para casos assim? Não necessariamente. Há casos cotidianos e

menos evidentes que também nos desafiam, como o de uma senhora que é diabética mas adora comer doces, é um dos seus poucos prazeres, e que portanto tem muita dificuldade para seguir as orientações. Ou ainda o caso de um senhor que só toma o medicamento anti-hipertensivo quando acredita que a “pressão está alta” (BRASIL, 2008). Casos assim são comuns no cotidiano da saúde, mas também desafiadores, porém nem sempre podem ser priorizados para um debruçar-se mais atento, como o PTS exige, em momentos de alta demanda das equipes. De qualquer maneira, ao menos a filosofia do projeto terapêutico deveria, ao nosso ver, ser uma caixa de ferramentas sempre à nossa disposição.

Ouvimos com frequência – às vezes de nossa própria boca – que a pessoa “não adere” ao tratamento (BADUY et al., 2016), ou até mesmo ao “projeto terapêutico”. Mas se prestarmos mais atenção ao caso, é bem provável que o projeto tenha virado um plano terapêutico, elaborado somente pela equipe de saúde, em geral por um(a) único(a) profissional, sem a participação da maior interessada. A ideia de “adesão” é muito usada, e é própria ao modelo do caso clínico, do qual falamos no capítulo I e neste: existe uma prescrição feita com “orientação científica”, à qual cabe ao paciente aderir. Isto está na base da maioria dos processos construídos sem a participação do(a) usuário(a)-cidadão(ã), que não se vê contemplado(a) nos seus desejos e expectativas.

Nós, sujeitos técnicos, somos sabidos(as) na área da saúde e nos vemos assim, porém muitas vezes não sabemos de fato o que está mesmo em jogo naquela vida e acabamos por repetir rótulos como “resistente” ou “refratário”, atitude que recobre tudo o que ele é para nós, porque já traçamos um “perfil provisório” dele, uma visão sobre esta pessoa que inclui somente alguns aspectos do que ela é, e passamos a repetir este perfil para nós mesmos(as) e para colegas, como se esta pessoa fosse somente isto; e de seu lado a pessoa usuária por vezes faz o mesmo, e sua família também, e assim as relações se pautam em perfis provisórios (BADUY et al., 2016; SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

E cada vez fica mais difícil cuidar! Um PTS pode então ser uma estratégia para se

abrir a fala para a pessoa em questão, e para as outras várias pessoas envolvidas, incluindo profissionais de saúde, que em situações de rotina de serviço não manifestam seus valores, suas convicções. Somente relações terapêuticas mediadas pelo compartilhamento e acolhimento de tais falas podem abrigar reposicionamentos de uns com relação aos outros, pois abre-se espaço para as singularidades. Isto é tarefa de ações de educação permanente no mundo do trabalho, onde este deve funcionar como uma escola, ou seja, como um lugar intenso de produção desafiadora sobre nossos saberes, pedindo novas formulações no coletivo que ali habita. Mas, é chegada a hora de conversarmos sobre o que entendemos por “singular”.

Conversando sobre singularidade

O que é o adjetivo “singular”, em se tratando de projeto terapêutico? Já vimos que esta mudança de nomenclatura do projeto terapêutico, a partir de “individual”, ocorre no Brasil por volta do início dos anos 2000. Eis aqui um debate interessante. Sendo o indivíduo uma unidade do coletivo, unidade porque não pode mais se dividir (do latim *in-dividuu*), ao usarmos este conceito estamos nos restringindo a ideia de que “paciente” é uma unidade individual imutável. No entanto, na Saúde Coletiva brasileira há um debate em torno da noção de indivíduo, como sendo insuficiente porque restrita a uma unidade de um coletivo, e que não carrega o que há de peculiar ali. Todos já ouvimos a clássica frase do senso comum “cada caso é um caso”. O primeiro passo que vamos dar, neste caso, é pensar em “sujeito”, em lugar de “indivíduo”.

Sujeito é tomado pelo pensamento “moderno” ocidental⁷ como aquele que pensa (lembremos o *cogito ergo sum* de René Descartes, para trazer mais um latim aqui), e assim reconhece em si uma identidade individual, que é corporal e mental, mas agora pensada em conjunto com identidades de outras ordens, como familiar, social, profissional, sexual, mais os desejos e valores, e com tudo isso o sujeito age, faz coisas e muda o mundo (AYRES, 2001; MINAYO, 2001). A ideia de sujeito então dá vida ao indivíduo, que agora é ativo, e não apenas um “objeto” que sofre a ação, como na gramática, ou uma unidade clônica do coletivo.

É bastante produtiva para o campo da saúde coletiva a emergência da noção de sujeito. Lembrando da discussão sobre o cuidado no capítulo I, precisamos ter em mente que esta mudança foi um dos movimentos que possibilitou a construção de um cuidado emancipatório e voltado à integralidade da saúde. Se quisermos ir além de um caso clínico convencional e elaborar um PTS, não faz sentido que nossa visão sobre o caso só consiga enxergar as leis químicas e físicas do corpo biológico (MINAYO, 2001), sem que as diferenças próprias daquela vida ganhem visibilidade. Olhar para o sujeito, e não para um indivíduo, tem sido um modo de entender o que seria uma singularidade, ou como vamos nos produzindo enquanto tal, em contextos reais de vidas possíveis.

Mas permanece a pergunta: quando agregamos estas outras dimensões e levamos o indivíduo à condição de sujeito, já estamos funcionando no modo “singular” segundo o referencial da micropolítica? Responderíamos sim e não. “Micropoliticamente” é preciso pensar a singularidade como uma ideia articulada a uma outra ideia, a de multiplicidade, e é deste binômio que estamos extraíndo o adjetivo “singular” para o PTS. Isto significa que cada corpo guarda muitos outros, porque assume diferentes perspectivas de ser, conforme o espaço e o tempo em que vive, as situações e os agenciamentos que recebe para atuar no meio, a cada momento. Ou seja, uma pessoa em família é pai, filho, tio; no trabalho é operário, coordenador, coordenado; nas relações de comunidade é o voluntário, vizinho, filiado à entidade, no serviço de saúde é “paciente”, usuário(a), cidadão(ã) mais ou menos ativo no processo de cuidado, e assim vemos que um mesmo corpo assume diferentes modos de ser. Cada modo deste é

⁷ Vale assinalar que há sociedades, como na África, que tem uma visão distinta desta do Descartes, pois aponta a ideia: sou o que somos; e, assim, desmonta a ideia de um sujeito antes do próprio coletivo que o contém. Isso tem implicações importantes para concebermos que antes de sermos algo já pertencemos a um certo modo de ser e, como tal, é deste lugar que partimos para sermos diferenciadamente de nós mesmos no caminhar das nossas existências, como redes vivas em produção incessante. Usando Spinoza podemos perguntar: o que fazemos com o que fazem conosco.

uma das expressões singulares daquela pessoa.

O singular neste caso está ligado a: uma subjetividade, isto é, uma forma específica de significar e interagir com o mundo; e a um processo de subjetivação, que é o contínuo e ilimitado processo de mudança da subjetividade, pelo nosso próprio modo de ir criando modos de viver, persistindo em nossa vida. Então, o singular significa que o projeto terapêutico será formulado considerando a subjetividade da pessoa e os processos de subjetivação que ela vive, e para ter possibilidade de acerto, precisa ser sempre compartilhado com ela. E como a subjetividade é dinâmica, muda conforme as experiências da pessoa em viver a vida, nas suas relações com o que lhe afetam, o PTS, por sua vez, deve ser também dinâmico, ou seja, deve mudar acompanhando os processos de subjetivação da pessoa, conforme ela muda e passa a ser uma multidão de “eus”.

Nesta perspectiva, vemos a pessoa à nossa frente dentro desta complexidade, na qual há que se incluir como constitutividade, também, a existência do seus corpos biológico e sensível, sem colocá-los de lado, e considerarmos a autonomia e a multiplicidade de ser daquele(a) de quem nos encontramos no mundo do cuidado. As singularidades que carregamos em nossas trajetórias de vida é que compõem a multiplicidade que somos, ou seja, a singularidade existe porque somos um corpo formado por multiplicidades, expressões das experiências de viver e da relação com o mundo. Vamos retomar o caso de Bj, que estamos discutindo neste capítulo, para nos ajudar a exemplificar esta reflexão. No quadro 1 acessamos alguns trechos das entrevistas que a equipe de pesquisa fez com o(a) usuário(a)-cidadão(ã) Bj, e recortamos trechos que, artificialmente e somente para fins didáticos, distribuímos entre aquelas que seriam as oito principais singularidades que saltam aos olhos quando nos aproximamos do caso.

Quadro 1. Extração de trechos de entrevistas da pesquisa na qual o caso Bj foi acompanhado, que separamos por singularidades (OLIVEIRA et al., 2016; OLIVEIRA; BARRETO; DULTRA, 2016).

SINGULARIDADES BJ

TRECHOS DE ENTREVISTAS

1. Bj que tem onde morar, mas tem uma vida na rua

BJ por ele(a) mesma: “Ela mora em um quartinho ao lado da casa da mãe, mas prefere passar os dias e as noites na rua, onde tem movimento, festas, música, onde pode catar latas e tomar conta dos carros (...). É ótima minha vida! Eu tenho minha casa, mas eu durmo na rua porque eu quero... eu não tenho medo, porque não devo nada... quando fui traficante eu não devia, imagine agora que eu vivo na rua! Só não pode vacilar! Eu tenho meu quarto, moro só, aí eu fico com medo de ficar em casa só... aí eu fico com eles (o pessoal do sindicato), aí todo mundo me defende” (pg. 342); (...) Eu gosto deles, sabe por quê? Porque não gosto de ficar sozinha dentro de casa. Aí eu fico por lá!” (pg. 343).

2. Bj que tem sua família

BJ por ele(a) mesma: “Ela mora em um quartinho ao lado da casa da mãe (...) Tem um irmão que morava na Suíça e agora mora em Madagascar, outro que mora no seu bairro e uma irmã que mora com sua mãe e com a qual não se dá muito bem” (pg. 342).

3. Bj que é religioso(a)

BJ por ele(a) mesma: “Sou católica ainda não batizada, mas frequento o Candomblé, no Terreiro do meu padrinho, onde já fui batizada” (pg. 342).

4. Bj vive uma situação problemática com o álcool

BJ por ele(a) mesma: “Quer parar de beber, pois sabe que está fazendo mal a si própria, mas acha muito difícil: “Eu fiquei um mês no hospital...gostei muito de lá! Eu não queria sair, era para ter ficado dois meses, para sair mais forte, aí, quando eu saísse ia estar mais preparada; assim que eu cheguei, disse “mãe, vou aqui! Aí deu logo vontade (de beber)... não foi nem por mim, você sabe que vício é uma coisa estranha, né? Você não ter coragem de dizer que não vai mais fazer aquilo” (pg. 342).

BJ pelos trabalhadores dos serviços: : “É uma alcoolista, ex-usuária de cocaína, que mobiliza a todos e todas da equipe, e por quem todos têm muito afeto” (pg. 342); “Ela tem altos e baixos em relação ao alcoolismo e alterna momentos de crise, quando fica agressiva e agitada, ameaça, e aumenta o consumo de álcool, e momentos nos quais está bem, organizada, quando bebe menos. Gera sensação de frustração e impotência porque, a despeito das inúmeras estratégias tentadas em relação ao seu cuidado, continua praticamente “na mesma”, sendo muito difícil ser seu técnico de referência” (pg. 343).

5. Bj que tem vínculo com as equipes e é querido(a) por muitas pessoas

BJ por ele(a) mesma: “eu nunca faltei ao CAPS, e todos sempre me trataram muito bem na hora das minhas crises” (...) Tem muitos amigos na rua, que a ajudam e os quais ela ajuda também

(...) É disputada para participar de dois 'sindicatos' (grupos de pessoas em situação de rua) (...) é querida pelos profissionais de saúde e uma das mais antigas no CAPSad, não precisa pegar fila para ser atendida, basta chegar que consegue a consulta” (pg. 342); aí eu fico com eles (o pessoal do sindicato), aí todo mundo me defende. (...) Eu gosto deles, sabe por quê? Porque não gosto de ficar sozinha dentro de casa. Aí eu fico por lá!” (pg. 343); “Não precisa ser agressivo para ser respeitado na rua... depende... mas não bula

comigo não, que eu viro Satanás (...) Quem tocar em mim, Ave Maria! Zé Bodó quer bater, parte para cima! Outro dia eu dormi e um cara quis pegar minha sacola. Zé jogou ele de cima do muro lá embaixo. Eu me sinto segura perto dele, ninguém encosta em mim.” (pg. 345)

BJ pelos trabalhadores dos serviços: “Ela tem um vínculo forte com alguns

trabalhadores de saúde, especialmente com sua técnica de referência e com a médica da USF, que já foi clínica do CAPSad (...) Já quebrou vidraças deste serviço mais de uma vez e gosta de “causar”; apesar disso, é muito querida onde mora, é muito solícita e gosta de ajudar, espontaneamente, todos que estão precisando” (pg. 342-3); “Vejo também quantos amigos BJ tem, quanto de fato ela é amada, pelos seus companheiros de rua, pelos pais, pelos funcionários

dos serviços. É bastante solidária, sempre nos ajudando nas campanhas de vacina e nas atividades de campo, chamando as pessoas pra “ouvir a palestra”, pra se vacinar, pra pegar preservativo” (pg. 346).

6. Bj que é prestativo(a), e ativo(a) participante de várias atividades

BJ pelos trabalhadores dos serviços: “Gosta de jiu-jitsu, já foi monitora da oficina de acupuntura do CAPS, que adorava; com frequência, ajuda ativamente no cuidado de outros usuários e nas atividades desenvolvidas pelos serviços, como campanhas de vacinação e feiras de saúde” (pg. 343); “Como o CAPS é um serviço por onde passam muitos alunos e estagiários, ela usualmente apresenta a USF e a Faculdade como um todo, sem nenhum/a técnico/a. Um dos “corres” que dá é conseguir marcar consulta e exame pras pessoas. Com frequência me pede pra agendar consulta pra uma tia, uma vizinha, para amigo ou amiga” (pg. 346).

7. Bj que é temido(a) porque às vezes torna-se violento(a)

BJ por ele(a) mesma: “já tomou duas federais’ por conta de tráfico de drogas e foi solta após pagar fiança” (...)“Hoje em dia todo mundo me considera. Deixei de vender droga; mas boba eu não sou não! Quando eu tô revoltada...” (pg. 342); “Entrou no tráfico para ajudar sua mãe, para não a ver sofrer após ser ‘largada’ pelo pai,

passou por muitas dificuldades. ‘Já vivi minha vida muito! No dia que meu pai largou minha mãe, que eu vi ela comer macarrão sem tempero, eu disse: Neeeca! Fui traficar! Minha vida foi essa, trafiquei muito, botei tudo dentro de casa e minha mãe nunca sofreu mais’” (pg. 342); “Não precisa ser agressivo para ser respeitado na rua... depende... mas não bula comigo não, que eu viro Satanás” (pg. 345).

BJ pelos trabalhadores dos serviços: “Já quebrou vidraças deste serviço mais de uma vez e gosta de “causar”; apesar disso, é muito querida onde mora, é muito solícita e gosta de ajudar, espontaneamente, todos que estão precisando” (pg. 342-3).

8. Bj que tem uma orientação sexual e transita entre gêneros, assim vivendo seus relacionamentos afetivos

BJ por ele(a) mesma: “Gosta de mulheres e sempre se considerou entendida” (pg. 342).

BJ pelos trabalhadores dos serviços: “Por vezes, BJ assume identidade masculina e incorpora características reconhecidas socialmente como masculinas como a voz performativamente rouca e grave, vestes largas, e o comportamento caracterizado, por vezes, violento (...) Gosta de apresentar o CAPSad e o território para estudantes novos e outros visitantes. Uns a chamam de ‘ele’ e outros a chamam de ‘ela’ (...) Tinha uma companheira que morreu em um acidente

de moto, na qual BJ estava presente e ficou ferida; sente-se culpada por esse acontecimento” (pg. 342).

Diríamos que Bj não seria uma só, como indivíduo, mas nem mesmo um só sujeito. Existe um(a) Bj que, embora tenha onde morar, mantém uma vida na rua porque desejos, necessidades e valores a levam a isto (singularidade 1). Há um(a) Bj que sim, embora passe bastante tempo em situação de rua, tem uma família que sabe onde está, e faz algumas conexões (singularidade 2). Há um(a) Bj que é religioso(a) (singularidade 3). Há um(a) Bj que tem grande visibilidade, que para muita gente é a única que existe, e que é esta pessoa que vive uma situação problemática com o álcool, tem problemas com ele, tenta se afastar, mas com frequência volta a usar e acontecem muitas coisas, com sua saúde e na sua vida (singularidade 4). Há um(a) Bj que tem um importante vínculo com as equipes de serviços de saúde que a atendem, e é querido(a) por muitos(as) profissionais de saúde e muitas pessoas do seu território (singularidade 5). Aliás, há um(a) Bj que é muito(a) prestativo(a), ajuda as pessoas em seu território e as pessoas que acabaram de chegar no CAPS-ad, e é também um(a) ativo(a) participante de várias atividades (singularidade 6). Porém um dos desdobramentos dos problemas com o álcool é a produção eventual de uma Bj que é temido(a), porque às vezes torna-se violento(a) (singularidade 7). Por último, há também um(a) Bj que tem uma orientação homoafetiva clara e vivencia seus relacionamentos afetivos, transitando entre gêneros (singularidade 8).

Na figura 1, a seguir, fazemos em um simples diagrama uma tentativa de representação do que seria a multiplicidade Bj. Importante considerarmos que cada singularidade é um filme, um fluxo contínuo, e não uma fotografia, embora conhecer um caso nos dê a ilusão que o momento define uma vida. A Bj que tem problemas com o álcool não tem sempre os mesmos problemas e não os têm o tempo todo. A Bj que experimenta agora o gênero feminino pode mudar, e se a encontrarmos daqui algum

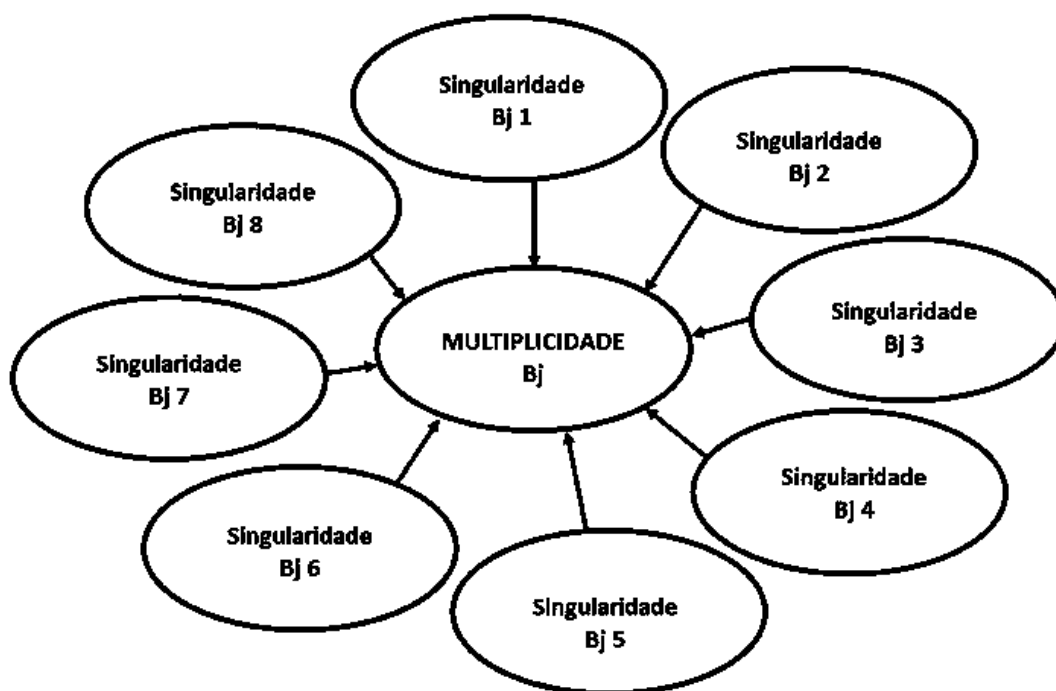


Figura 1. As singularidades que constituem a multiplicidade em permanente mutação que é Bj. Fonte: autores e autora, adaptado de (OLIVEIRA. et al., 2016; OLIVEIRA; BARRETTO; DULTRA, 2016). Fonte: autores, adaptado

tempo pode ser que falemos com “ele”. Em cada uma de nossas trajetórias de vida vão se sucedendo diferentes momentos, o que faz com que a multiplicidade que somos também seja mutante, pois vai compor os vários momentos dos vários eus que agora vêm à tona. Percebe-se o quanto um perfil provisório é limitado...

Nos coletivos de pesquisa que chamamos micropolítica, cuidado e saúde coletiva emprestamos esta formulação de pensadores como Gilbert Simondon e Henri Bergson, que foram desenvolvidas por Gilles Deleuze e Felix Guattari, e estamos resumindo acima um ponto de vista nosso sobre a multiplicidade a partir desses autores, e com ajuda de algumas ótimas sínteses disponíveis (PELBART, 2009; ZOURABICHVILI, 2004). As singularidades existem antes do indivíduo ser reconhecido como tal, são pré-individuais ou virtuais, são devires - potências de se ser - e se comunicam entre

si o tempo todo, portanto existiriam antes de convergirem para esta pessoa aparentemente cristalizada da qual vemos apenas um perfil provisório.

Importante dizer que cada singularidade contribui com maior ou menor participação na constituição do atual sujeito Bj, e tal distribuição de participações muda ao longo da vida, pois novas singularidades vão emergindo no decorrer dos modos de Bj caminhar sua existências e o que isso implica em produção de novos encontros e modos de ser. Se fôssemos representar este fato na figura 1, desenharíamos flechas com diferentes espessuras, tentando construir um diagrama que desse a ideia de qual “composição Bj” conseguimos apreender hoje, e que, também hoje, seria diferente dependendo de quem o(a) conhece. Assim, se cada singularidade Bj vai mudando, ao se encontrarem e convergirem em outro tempo e espaço, um(a) Bj diferente pode aparecer para outros; sempre, a cada tempo e lugar, haverá uma nova diferença que o(a) marca entre todos os demais sujeitos. De fato, mudamos sempre, certas facetas de nós crescem e outras ficam pequenas, outras são tão arraigadas que sempre marcam nossa persona.

O PTS tem um certo lugar na organização das práticas em saúde, e pode ser elaborado, reavaliado e conduzido a partir desta perspectiva da multiplicidade. No capítulo I conversamos sobre clínica e cuidado, duas coisas diferentes entre si, que se mesclam ou não, que se potencializam mutuamente ou não, e isto é central neste referencial que usamos. O PTS da micropolítica é muito mais uma caixa de ferramentas⁸ para o cuidado em saúde e se faz em uma conversa forte entre o cuidado com a clínica, partindo do mundo do cuidado, a priori, e não o contrário.

Concluindo para abrir outras conversas...

Portanto, o PTS surge no Brasil inspirado em experiências principalmente européias, mais especificamente italianas, e segue sendo, ao longo das últimas décadas, uma proposta mutante, uma linha de experimentações que vai admitindo também ou-

tras perspectivas teóricas e práticas, a depender dos referenciais que o embalam e os cenários onde é experimentado. Nesta perspectiva, o PTS é um campo fluido, poroso, aberto a novas experiências, capaz de incorporar diferentes possibilidades de cuidado, como as práticas integrativas e complementares, incluindo as contribuições do pensamento ancestral como a medicina tradicional indígena, assim como outras fontes de cuidado possíveis.

Um projeto terapêutico, quando trabalhado micropoliticamente, é singular porque aposta nas multiplicidades, porque olha para o sujeito como sendo muitos em um só, numa composição única a cada momento e lugar. Como é proposto para o cuidado em saúde, tem na clínica biomédica somente uma parte, mesmo que importante, de suas ferramentas. Mas, o que o caracteriza é a exigência de um esforço para o acompanhamento dos vários processos que se entrecruzam em cada vida que, se considerada como acabamos de descrever, não será mesmo facilmente domesticada somente em normas e metas pragmáticas, embora também elas tenham seu lugar e sua contribuição.

Quem faz um PTS “micropolítico” vai começar por outro lugar, o das tecnologias leves (capítulo I), neste caso, como veremos no capítulo III, o PTS funcionará como uma caixa de ferramentas e, a partir de certos arranjos tecnológicos a serem operados pelas equipes de saúde, a fim de conectar redes vivas de existências com o objetivo de um plano de cuidados em atualização permanente, conforme discutiremos nos próximos capítulos.

Repetimos: um projeto terapêutico nunca está pronto, acabado, mas é dinâmico e está sempre em construção e avaliação permanente. No capítulo VIII isso ficará evidente. Se alguma proposta não deu certo, se o cuidado não aconteceu, vale a pena discutir novamente se o PTS como está faz sentido e para quem faz sentido e se os modos de fazê-lo avançar não poderiam ser outros. E mudar de direção.

⁸ Ver capítulo III deste livro, onde desenvolvemos a noção de “caixa de ferramentas”.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, [S. l.], v. 75, p. 5–30, 1999.

AMARANTE, P. Das psiquiatrias reformadas às rupturas com a psiquiatria. In: AMARANTE, P. (org.). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37–60.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 dez. 2020.

BADUY, R. S. et al. “Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 222–229. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BERTOLUCI, P. et al. Nós pesquisadores/trabalhadores in-mundo, in-rac: nosso corpo vibrátil na atenção domiciliar. O cuidador-guia no centro das nossas afecções. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 191–196. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL, M. da Saúde. S. de A. à Saúde. N. T. da P. N. de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2008((Série B. Textos Básicos de Saúde)). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec, 1991(Saúde em debate, 37).

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 01 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 41–80.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e Cultura, [S. l.], v. 3, n. 1–2, p. 51–74, 2000. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70312129004>. Acesso em: 12 out. 2020.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232007000400007-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

CUNHA, G. T. A construção da clinica ampliada na atenção básica. 2004. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312384>. Acesso em: 8 nov. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1a edição. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014(Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde).

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: MACHADO, R. (org.). *Microfísica do poder*. Biblioteca de filosofia e história das ciências. trad. Roberto Machado. 4a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010. p. 15–38.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 15, p. 345–353, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpc-GFbY5MfS7m/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

MALTA, D. C. et al. Acolhimento: um relato da experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, César Rodrigues et al. (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MATTOS, R. A. de. Contribuições da arqueologia e genealogia à análise de políticas de saúde. In: MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2011. p. 219–255. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 1 abr. 2021.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994(aúde em debate, 76).

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cesar Rodrigues et al. (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. 01 ed. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103–120.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 4, p. 109–116, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2000.v4n6/109-116/pt/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde debate*, [S. l.], , p. 83–9, 1991. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-150871>. Acesso em: 12 out. 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde debate*, [S. l.], , p. 316–323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 07–19, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232001000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 dez. 2020.

NICÁCIO, M. F. de S. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 224 f. Doutorado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, J. A. S. et al. As vidas que entram e as vidas que ficam de fora dos serviços de saúde: visibilidades construídas a partir de uma usuária-guia. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 340–351. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

OLIVEIRA, J. A. S.; BARRETTO, L. D.; DULTRA, L. S. Cuidar é afetar-se: “Bj” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (org.).

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 234–239. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

PELBART, P. P. Vida capital: ensaios de biopolítica. 1. ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PINHO, L. B. de; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Ciencia y enfermería*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 67–77, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 23 nov. 2020.

SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto & Contexto Enfermagem*, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 175–183, 2013.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 537–546, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537-&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2020.

SOUZA, R. C. de et al. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. *Acta Paul Enferm.*, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 80–86, 1 mar. 2001. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/projeto-terapeutico-na-atencao-em-psiquiatria-a-importancia-da-insercao/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

THIRY-CHERQUES, H. R. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica

e genealógica de investigação. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, [S. l.], n. 81, p. 215–248, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-64452010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 abr. 2021.

ZOURABICHVILI, F. O vocabulário de Deleuze. trad. André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

capítulo III

Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades I:
montando a caixa de ferramentas, problemas de saúde
e relações de familiaridade



CAPÍTULO III

Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades I: montando a caixa de ferramentas, problemas de saúde e relações de familiaridade

Conceitos e proposições centrais

Ferramentas vistas como saberes para fazer agir ou tecnologias para o cuidado, sua escolha depende dos problemas de saúde.

O projeto terapêutico singular (PTS) como caixa de ferramentas.

Etapas gerais para a construção de um PTS: conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades; construindo um plano de cuidados e reavaliando permanentemente.

Os problemas de saúde como operador para o PTS.

As relações de familiaridade e o cuidado.

Se decidimos pela construção de um projeto terapêutico singular (PTS) em processos de cuidado, e queremos aproveitar as contribuições da micropolítica do trabalho em saúde, é porque adotamos certo ponto de vista a respeito do cuidado (capítulo I), e por isso lançamos mão de ferramentas para compor uma “caixa” que vamos chamar PTS. No capítulo II já conversamos sobre o que entendemos por projeto terapêutico e também pudemos oferecer uma versão sobre sua emergência na área da saúde, no Brasil. Agora precisamos fazê-lo funcionar! Mas antes, é chegado o momento de deixar mais claro algo que temos repetido nos capítulos anteriores: que para nós o PTS é uma caixa de ferramentas. O que significa isto, aqui neste livro? Primeiro vejamos porque estamos levantando isso como problema.

Escolhas para o conhecer e o agir no cuidado em saúde

Vamos pensar intuitivamente: que ideia esta imagem “caixa de ferramentas” nos traz? Um estojo que carrego comigo quando preciso resolver alguma coisa prática, consertar isto, ajustar aquilo, abro a caixa e escolho a ferramenta certa para cada situação: a chave número tal que se encaixa neste parafuso, naquela porca. É isso mesmo! Simples assim?

Ops!, só que tem algo que complica um pouquinho, uma delicadeza no porquê do uso deste conceito “caixa de ferramentas”! Não é nada que nos complique tanto assim, mas não podemos deixar passar. É que, ao escolher um modo de enunciar o uso de alguma coisa, também escolhemos um jeito de pensar sobre a coisa e de agir a partir disto, no caso aqui: o binômio teoria/prática e a relação mesma entre “teoria” e “prática”.

Vamos pensar no seguinte. Na formação em saúde, por exemplo na formação médica, estudamos sobre as doenças, sua fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, aprendemos como se entrevista e se examina um “paciente”, como se interpreta exames complementares, como se faz um procedimento, memorizamos todo esse conjunto de informações e, só então, estamos preparados para aplicar toda esta “teoria” na “prática”, que no caso desta profissão significa um conjunto de práticas clínicas e/ou cirúrgicas. Isso tende a acontecer também em outras formações na saúde. Confere com sua experiência, cara(o) leitora(or)?

Quando somos apresentados a este modelo “teoria aplicada na prática”, ele faz todo sentido, pois é bastante útil, essencial para a maioria das situações cotidianas que enfrentamos. Primeiro saber o que fazer e como deve ser feito, para depois fazer. No entanto, esta música começa a ter ruído logo nas primeiras experiências que vivenciamos, quando estamos nos formando na saúde, se prestarmos atenção, sentimos que há uma grande distância entre a teoria e a prática, que a vida que está ali à nossa frente não se comporta como as doenças descritas nos livros, ou pelo menos essas descri-

ções são muito limitadas para dar conta de tudo o que estamos encontrando naquele encontro. Aos poucos vamos lidando com esta incongruência de várias maneiras, “correndo atrás” de teorias e de dicas práticas, inventando, até que, continuando nossa formação e com ajuda de quem já tem mais experiência, vamos acumulando certos conceitos, teorias e modos de praticar de que nos valemos aqui ou ali, escolhendo uma certa combinação desses saberes e fazeres em certa situação aqui, e outra combinação em outra situação ali.

Assim, vamos conseguindo encontrar um modo de “clinar”, aproximando do melhor modo possível a teoria da prática. Muitos(as) de nós percorremos este caminho, temos certeza. Na verdade, se percebermos, partimos de fato do modelo “teoria aplicada na prática”, mas aos poucos passamos a usar outro modelo, que é o uso de um acúmulo de nossa própria experimentação/experiência, já que aplicar a teoria à prática ajudou em uma primeira aproximação com o problema que precisamos enfrentar, mas não foi suficiente, não havia tanta teoria prévia que desse conta de toda a problemática daquela realidade que estávamos vivenciando.

Este modelo teoria x prática é uma herança que tivemos da chamada “racionalidade moderna ocidental” e a medicina é um dos pilares desta racionalidade, na qual estamos e vamos continuar imersos (LUZ, 2019). O mundo todo praticamente já aderiu a esta racionalidade, que em geral é apresentada como “o” jeito certo de se pensar sobre as coisas, e a partir disso agir”. Importante pontuar que nossas sociedades contam com grandes avanços técnicos e tecnológicos frutos desta racionalidade, não podemos negar e nem pensar em abrir mão disso, um exemplo atual seriam as vacinas contra a COVID-19.

Mas, se não fôssemos além disso, o modelo do caso clínico bastaria? Não. Podemos, sim, enriquecer nossas ações com outros modos de fazer funcionar o conhecimento para a ação e na saúde isso tem sido especialmente interessante. Aqui, propomos que os frutos desta racionalidade moderna, mas não só eles, sejam ferramentas para o cuidado. Vejamos então de onde vem o conceito de caixa de ferramentas no

nosso caso, e porque o PTS pode funcionar como uma.

O projeto terapêutico singular como caixa de ferramentas

Em uma conversa em 1972, os filósofos Michel Foucault e Gilles Deleuze usaram a ideia de que uma teoria, que para eles seria um certo conjunto articulado de conceitos, é na verdade – ou deveria ser – uma caixa de ferramentas, no sentido de que as teorias, ao menos aquelas às quais eles se referiam, não existiam antes dos problemas. Ao contrário, primeiro havia um problema a ser enfrentado e só então faria sentido buscar teorias para ajudar a resolvê-lo, ou ao menos a conhecê-lo melhor. Se não existirem teorias ótimas para uma situação na qual estamos, então eis uma excelente oportunidade para inventar uma (FOUCAULT; DELEUZE, 1984). Assim nasceriam as teorias para estes autores: depois dos problemas que vivenciamos, para os quais serviriam, e não antes! Alguns anos depois, em outra entrevista, Foucault falaria novamente sobre a ideia de caixa de ferramentas, reafirmando o quanto ela deve nos servir quando dela precisamos, e encorajou os leitores de seus livros a usarem seus próprios textos como caixas de ferramentas, desde que este uso fosse para problemas relevantes quanto às temáticas de sua obra, e sempre no sentido de promover mudanças na sociedade, no seu caso (BROSSAT, 2018).

Certo, se escolho esta perspectiva para o PTS, então o que seriam mesmo as tais ferramentas que posso escolher para recheiar minha caixa?

“Ferramentas” podem ser várias coisas: teorias, protocolos, estratégias, dispositivos, entre outras coisas, ou seja, tudo que pode fazer a diferença em cada caso e em cada lugar e tempo, no agir. Como escrevemos, a escolha entre elas depende de cada problema enfrentado em cada situação, mas no mais das vezes já temos à mão parte das ferramentas que precisamos, pois as acumulamos ao longo da vida, sendo comum também termos que buscar ou até inventar novas ferramentas para cada situação. Enfim, a ideia é que vamos enfrentando cada problema e melhorando nossa caixa de ferramentas, que na verdade é um conjunto de pequenas caixinhas. Com o tempo,

enfrentando problemas um pouco semelhantes, vamos acumulando mais ferramentas e sempre sendo desafiados a criar novas.

E, assim, vamos dando vida aos conceitos e teorias, produzindo-os com outros(as) para nós mesmos(as), é o que fazemos para viver, para trabalhar. Produzir conhecimento assim é fazê-lo em uma outra política das existências, ou seja, a vida e seus problemas é que mandam, que nos guiam: por exemplo, para nós os problemas de saúde daquela vida para a qual estamos co-elaborando um projeto terapêutico. Em outras palavras, toda a singularidade⁹, em si, pede ferramentas para ser compreendida a fim de que possamos agir. Mas talvez o(a) leitor(a) esteja percebendo que já estamos “torcendo” um pouco, como diria Deleuze, o conceito de caixa de ferramentas tal como foi proposto originalmente pelo autor, mais Foucault...

Laura Feuerwerker nos conta como Emerson Merhy traz, em 1997, a caixa de ferramentas para a área da saúde, quando propõe sua teoria tecnológica do trabalho em saúde, já lembrada no capítulo I. Esta conjunção acabou por representar uma mudança no próprio conceito de caixa de ferramentas, agora incorporado ao referencial da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde: as ferramentas não são somente as teorias enquanto saberes para fazer funcionar o pensamento, mas sim tecnologias, no sentido de saberes para fazer agir (FEUERWERKER, 2014).

Quando partimos para o cuidado em saúde, levamos conosco ao menos três caixas de ferramentas: uma com tecnologias duras, outra com tecnologias leve-duras, e uma terceira com tecnologias leves¹⁰, e com as três em nossas mãos, que são as ferramentas de que dispomos, agimos, adaptando as ferramentas se for necessário, ou agregando novas ferramentas, inclusive inventando. É assim que vamos aumentando as caixinhas dentro da nossa caixa. Usaremos várias ferramentas na elaboração do

⁹ Ver a discussão sobre o que entendemos por “singularidade” no capítulo II.

¹⁰ Ver capítulo I.

projeto terapêutico e em sua avaliação periódica, algumas poucas vamos discutir neste livro, já outras sua própria experiência vai descobrir e inventar, conforme vivenciar cada PTS.

Começando a abrir a caixa de ferramentas do PTS

Para começar, precisamos saber o que “vai dentro” do PTS, qual o conteúdo mínimo para começar a pensar um PTS, em que ferramentas inicialmente podemos pensar, e este é o assunto central deste capítulo e do próximo. A(O) leitora(or) provavelmente está ciente de que há tempos existem listas de itens e roteiros para elaboração de um PTS, e eis que vamos conhecer agora algumas das primeiras delas, bastante difundidas, e que resumimos no quadro 2.

Neste quadro sintetizamos os roteiros de três referências bastante citadas em publicações que divulgaram experimentações e reflexões sobre o PTS, no Brasil, e que em conjunto elaboraram um discurso sobre o que seria um PTS. Os dispusemos em um quadro síntese, e acrescentamos, na primeira coluna à esquerda, uma outra ainda mais sintética, e que poderá ser modificada em cada situação, ao longo do tempo e em cada caso, compondo-se uma ferramenta. Cada equipe de saúde usará a orientação/fonte que preferir, conforme a situação prática o pedir, pois todo suposto roteiro é apenas um ponto de partida, uma tecnologia leve-dura que precisa inevitavelmente se adaptar às singularidades de cada caso para o qual estamos construindo nosso PTS.

Quadro 2 – Alguns roteiros disponíveis para elaboração de um PTS. As etapas da primeira coluna à esquerda são de nossa autoria, apenas para análise dos roteiros

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

ETAPAS	Adaptado de (CUNHA, 2004)	Adaptado de (OLIVEIRA, 2008)	Adaptado de (BRASIL, 2008)
<p>Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades</p>	<p>1. O diagnóstico</p>	<p>1. Identificação completa 2. Localização territorial e elementos do território relevantes 3. Arranjo familiar – representação gráfica 4. Queixa-situação-demanda, com histórico relevante resumido 5. Ações clínicas já realizadas 6. Avaliação das vulnerabilidades</p>	<p>1. O diagnóstico</p>
<p>Construindo um plano de cuidados</p>	<p>2. Definição de metas 3. Divisão de responsabilidades (há um último item “nome dos participantes e data”)</p>	<p>7. Pactuação de objetivos no caso 8. Proposta de intervenção com cronograma e responsáveis 9. Definição de profissional de referência do caso</p>	<p>2. Definição de metas 3. Divisão de responsabilidades</p>
<p>Reavaliando o caso e o plano de cuidados</p>	<p>4. Reavaliação</p>	<p>10. Definição de periodicidade de reavaliações do caso</p>	<p>4. Reavaliação</p>

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

Observações	O autor chama “itens” do PTS cada elemento acima, e remete, como fonte, a um “antiprotocolo” da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2003).	O autor chama a lista acima de “roteiro para discussão de Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos – PTSI”, e oferece uma outra lista para um PTS coletivo.	Este documento chama-se “Cartilha do Programa Nacional de Humanização”, do Ministério da Saúde/Brasil.
-------------	---	---	--

Tomamos a liberdade de sistematizá-las no que chamamos, arbitrariamente, de “etapas” do PTS, na primeira coluna, e isto foi possível devido à clara consonância entre as três propostas acima. Sintetizar nestas etapas da primeira coluna não deve significar que elas aconteçam sequencialmente e sempre nesta ordem. Por exemplo: na prática o plano de cuidados começa e caminha ao mesmo tempo que o próprio cuidado se realiza, e nenhuma etapa termina enquanto o PTS existir. E a re/avaliação deve ser permanente, acontecendo desde o início e ao mesmo tempo em que se está olhando novamente para o caso, cada vez com atenção voltada para aspectos diferentes. Mas uma sistematização como esta pode nos ajudar a organizar as ideias para a ação, e vira uma ferramenta moldável.

Há muito debate em torno da validade ou não de roteiros ou protocolos para ações tão imponderáveis e imprevisíveis na saúde, como o PTS. É importante atentarmos para esse debate e não apostarmos todas as expectativas no roteiro em si, ou seja, por melhor que seja o roteiro, ele não dispensa o trabalho crítico, de uma “leitura” singular e própria da realidade enfrentada, que só pode ser feita em ato pela equipe.

Afora isso, partir de um roteiro pode sim nos estimular a começar, e, de qualquer maneira, a chegar em algum produto, ao redigirmos um documento inteligível que registre nosso PTS para ser anexado ao prontuário. Fazer existir tal documento (versão escrita do PTS) é se propor a falar uma língua comum, enfim, para que outros(as) que não participaram desde o começo possam acessá-lo em diferentes momentos e lugares e fazê-lo crescer, colaborar nele, ou a partir dele fazer outras coisas.

Neste livro queremos compartilhar uma das propostas que temos experimentado (quadro 3), bastante relacionada com a estrutura geral das três etapas, mas que tem algumas diferenças nos enunciados dos itens, e que justificaremos ao longo deste capítulo e do próximo.

Quadro 3 – Um sumário possível para um PTS (sempre construído coletivamente)

I	Identificação e descrição sumária do caso clínico
II	Estabelecendo a lista dos problemas de saúde
III	Analisando o contexto das redes de familiaridade (ferramentas de abordagem familiar e domiciliar)
IV	Reconstruindo histórias de vida
V	Analisando atravessamentos de adoecimento e morte
VI	Analisando agenciamentos de vida e saúde
VII	Construindo um plano de cuidados

Fonte: os(as) autor(es).

Vamos percorrer esta proposta – que temos pensado e experimentado a partir de anos de exercícios e com sucessivas versões – nas próximas páginas e nos capítulos seguintes. Os itens I ao VI, por exemplo, corresponderiam à etapa “conhecendo o

caso e aproximando-se das singularidades”, e o item VII à etapa “construindo um plano de cuidados”. Mas entendemos que há diferenças na nossa proposta, algumas diferenças são gerais e outras específicas, para cada item do sumário. Começamos pelas diferenças gerais.

Se você que nos lê está atento(a), provavelmente percebeu que não colocamos na lista a terceira etapa que nós mesmos propusemos, “reavaliando o caso e o plano de ação”, embora em nossos coletivos de pesquisa valorizamos tanto esta “etapa” que fazemos dela não uma etapa, mas o próprio modo de fazer todo o trabalho, desde o início. Talvez possamos trocar “avaliação” por “análise”, fica melhor. “Avaliar” tem sido entendido como atribuir um valor, valorar. Já “analisar” entendemos aqui como olhar com atenção cada detalhe¹¹, aproximar-se, descrever o mais minuciosamente possível a realidade para que a compreensão do que estamos conhecendo possa acontecer sem que uma teoria prévia ajuste necessariamente esta compreensão para uma interpretação padronizada. “Colocar em análise”, portanto, seria um debruçar-se sobre algo sem o compromisso e a pressa de dar um veredito, muito mais para indagar, fazer falar mais e assim aumentar o grau de compreensão de todos os envolvidos. Portanto, uma primeira característica desta nossa proposta: nos esforçamos para colocar em análise todo o processo de elaboração do PTS, do item I ao VII, o tempo todo, inclusive colocando-nos a nós mesmos(as) em análise: um PTS de caráter analítico em si.

Algumas observações são necessárias aqui:

O elenco de informações que constitui este sumário do quadro 3 não deve ser tomado de modo absoluto, ou seja, em cada caso e momento certas informações devem ser priorizadas em detrimento de outras. Não se trata obrigatoriamente de coletar

¹¹ Neste livro, propomos ater-nos aos detalhes, mais do que destacar as “partes” do “todo”, pois esta seria uma análise cartesiana. Nada contra, muitos usam o tempo todo análises cartesianas, porém o PTS como caixa de ferramentas pede uma perspectiva diferente.

todas estas informações, à maneira de um *check list*, mas sim como ferramenta para abrir nosso olhar e nossa escuta.

Há um risco permanente de interpretações nossas no momento em que registramos as informações. Não é surpreendente que isto aconteça e nem sempre é um problema, mas precisamos estar atentos para que, se acontecer, possamos ao menos apontar que esta é a nossa leitura sobre isto ou aquilo.

Última observação por ora: recomendamos não ter pressa, como discutiremos no capítulo VII. É importante que o PTS continue sendo elaborado a cada momento que volta para a pauta de discussões, como veremos no capítulo VIII, ou quando se aplica uma nova ferramenta para o caso, como as que vamos discutir nos capítulos V e VI.

Neste capítulo discutiremos os itens I, II e III do quadro 3.

Identificação e descrição sumária do caso

Este item é essencialmente descritivo, porém muito importante. É constituído por informações que narram como uma apresentação a pessoa em questão e seu adoecimento de um modo geral, fundamentais para as análises que se seguirão, que sistematizamos e resumimos no quadro a seguir:

Quadro 4 – Informações sobre a descrição e identificação do caso que foi selecionado para um Projeto Terapêutico Singular.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

GRUPOS DE INFORMAÇÕES	DETALHAMENTO
Dados pessoais e demográficos	Idade, gênero, etnia, ocupação, local de residência, migrações e histórico de viagens recentes, religião, entre outras informações.
Relações atuais entre o sujeito e os serviços de saúde	Diagnósticos principais já confirmados, queixas sem diagnóstico e suspeitas diagnósticas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos (tratamentos) já realizados ou buscados e não obtidos, histórico geral de atendimentos, entre outras informações.
Informações sobre os territórios de onde vem e onde vive	Em que lugar vive? Há quanto tempo está nele? As características físicas e ambientais deste que têm relevância para o PTS? Há vida comunitária neste lugar, se sim, a mesma tem relevância para o PTS? Que estabelecimentos existem ali, ou ali faltam, que podem ter relevância para o PTS? E há outros territórios relevantes para esta vida? Poderão haver outras informações aqui, além das respostas às questões acima.
Condições de vida e trabalho	Anotar informações que possam ter relevância para o PTS concernentes à: habitação, histórico de trabalho, acesso às condições básicas como água, energia elétrica, internet, ar respirável, locais e tempo para lazer e atividades físicas, entre outras informações.

Fonte: os(as) autores(as).

Você deve estar pensando que agrupamos muita coisa sob o título de “identificação e descrição do caso”, e tem razão, mas há um motivo para isso e ele passa pela concepção de PTS que estamos levando em conta aqui. Se temos que preencher um roteiro padrão simplesmente levando em conta os dados a serem obtidos, só aqui na identificação do caso teríamos um texto muito grande. Mas, e isto fica mais claro no quadro 4, de cada aspecto listado só anotaremos aquilo que consideramos relevante

para o PTS em elaboração, portanto já estamos analisando quando fazemos esta escolha. Em uma revisão do PTS pode ser que outra informação seja incluída, mas neste primeiro momento ela ainda não parece relevante para nós que estamos escrevendo o PTS.

No resumo do caso clínico também raramente fazemos uma descrição clínica detalhada, pois isso já é feito no prontuário, do qual uma versão escrita do PTS pode ser um anexo. Precisamos construir uma narrativa singular com as informações que mais gritam sua importância no momento em que estamos escrevendo o PTS.

Lembrar de substituir o nome real das pessoas por siglas ou nomes fictícios, em razão da necessária confidencialidade, quando da discussão do PTS em ambientes extra-equipe. Em nossas pesquisas e atividades de ensino preferimos nomes fictícios, porque siglas, um padrão usado no caso clínico, tendem a induzir um esfriamento do nosso olhar, reduzindo o sujeito a um conjunto de letras. Um procedimento, que quando possível pode ser bem interessante, é pedir para a própria pessoa atribuir um codinome a ela mesma, explicando a finalidade disto, ou ainda, se ela não tiver idéia de um, oferecer algumas opções para que ela possa escolher.

Sobre os territórios de onde se vem e onde se vive, há tempos que sabemos da importância desta dimensão do processo saúde-doença-cuidado, na saúde coletiva e na atenção básica brasileira, para auxiliar no desenho da situação de saúde de uma comunidade, com o mapeamento do risco epidemiológico e das relações políticas, econômicas e culturais relevantes para a saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Sem esquecermos, também, da proposta da promoção da saúde de se priorizar e definir os chamados “determinantes sociais de saúde”, que seriam “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pg. 78).

A partir do território podemos de fato começar a conhecer boa parte do risco

epidemiológico, e identificar a presença de tais determinantes e condicionantes da saúde, como auxiliar para a reflexão, mas sem se fixar neles como conceitos que podem entender e explicar tudo que estamos vivenciando, pois são insuficientes para isso. No projeto terapêutico podemos aproveitar tudo isso como ferramentas, como veremos quando falarmos sobre o item “atravessamentos de adoecimento e morte” do PTS, no capítulo IV. Porém, há dimensões igualmente relevantes que queremos acesar a partir do território e que veremos no capítulo VI sobre as histórias de vida; e, em outros pontos deste livro: o território existencial.

As informações sobre as “condições de vida e trabalho” serão obtidas em geral ao mesmo tempo em que se investiga o território. Já as “relações entre o sujeito e os serviços de saúde” não costumam ser assim tão óbvias ou mesmo fáceis de obter e, talvez, fiquem mais claras ao longo das reavaliações do PTS. Aliás, muitas vezes essas relações levaram à necessidade de elaboração dele, e nesses casos surgem como as primeiras informações disponíveis, mas não raro nestes momentos ainda são incompletas, apresentadas em versões conflitantes ou parcialmente verbalizadas. Só com os sucessivos encontros para elaboração do PTS conseguimos alguma compreensão sobre este e outros processos mais delicados.

Para ajudar na montagem da descrição e identificação do caso pode-se usar, como técnicas, a análise documental (acesso a prontuário, sistemas eletrônicos e outros documentos) e entrevistas com equipes de saúde e o(a) próprio(a) usuário(a)-cidadão(ã) e sua rede de familiaridade. Enfim, embora descritivo, este item possibilita um começo de aproximação com as singularidades do sujeito, uma abertura para o PTS.

O problema de saúde como operador do projeto terapêutico

Conforme apontamos no capítulo anterior, há uma escolha a ser feita quando elaboramos um PTS: de que modo vamos olhar para os processos de adoecimento e sofrimento. Adiantamos naquele capítulo que uma possibilidade que tem nos ajudado é a noção de problema de saúde. Relembrando, Franco (2003) escreveu que projeto

terapêutico é “o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde” (FRANCO, 2003). Um ou mais problemas de saúde, acrescentaríamos. Observe que o autor não fala em “doença”, ou em tratamento para um “diagnóstico” obtido, ou mesmo em “condição” de saúde, mas sim em problema de saúde, algo que para Gusso & Lopes (2019):

“é tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação do médico ou da equipe de saúde e, em consequência, motivará um plano de intervenção. Também são problemas alguns fatos passados que afetaram ou podem afetar a capacidade funcional ou a qualidade de vida da pessoa, além de situações ou estados que exigem intervenção para ocorrer o manejo de outros problemas (desemprego, isolamento, falta de moradia)” (GUSSO; LOPES, 2019, p. 1233-4).

Ou seja, problema é algo que emerge na narrativa da pessoa usuária-cidadão, sobre si, e que pede uma ação direta ou indireta nossa, enquanto profissionais de saúde ou pessoas envolvidas com aquela vida, algo que convoca para que alguma coisa seja feita! Um problema pode ser não apenas clínico, mas de ordem social, moral, relacional, mental, enfim, pode envolver qualquer aspecto da experiência da pessoa no seu modo de andar a vida. Muitas vezes o problema de saúde é uma doença já confirmada, com diagnóstico definido, mas nem sempre é tão simples. Por exemplo, uma suspeita diagnóstica que ainda pede mais investigação é uma necessidade em saúde, que pode ou não ser um problema no momento atual, ou pode ser um problema para a equipe e não o ser para o usuário, ainda. Pode ser que a consequência de uma doença, por exemplo uma deficiência física decorrente da mesma, seja o problema: a “causa” seria a “doença”, que talvez ainda precise de cuidados ou não, mas o problema principal agora é a deficiência, esta que está, no momento atual, gerando efeitos na vida e demandando cuidados. No limite, “problema de saúde” é aquilo que é problema para quem vive com ele e para quem cuida de quem vive com o problema.

De outro ponto de vista, diriam Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) que problemas de saúde são todos os danos, riscos e determinantes que ameaçam a saúde individual e coletiva. Por isso mesmo, são também problemas de saúde todos aqueles que interferem, determinam ou condicionam o adoecimento atual da pessoa ou família da qual estamos cuidando. Então, se ela perdeu o emprego, e por isso não consegue acesso aos exames e tratamentos de que precisa, isto passa a ser também um problema que tem efeitos na saúde e demanda ações da equipe e mudanças em suas práticas. Assim também é o caso de suas condições de moradia, se elas têm relação direta com o modo como adoeceu; lembrem, este aspecto já chamou a atenção no caso de Bj, que analisamos no capítulo anterior. Se há violência doméstica, então, é problema de saúde, claro que não só da saúde mas de outros setores também, como a seguridade social e a segurança pública.

Enfim, uma vida como a de Bj certamente favorece adoecimentos dos mais variados tipos, atrapalha a obtenção de saúde, enfim, e nos faz, profissionais da área, termos que considerar outras possibilidades para que nossas ações cuidadoras tenham resultados.

Portanto, se elaborar uma lista de problemas de saúde integra o método clínico da medicina de família e comunidade, é também um conceito já há muito tempo usado em outras áreas da saúde coletiva para nortear muitas propostas de intervenções, incluindo as primeiras experiências com projetos terapêuticos. Temos observado que ao nos liberarmos da rigidez classificatória das doenças, sem desconsiderá-las, ganhamos maior flexibilidade nas análises e propostas para o caso de quem estamos cuidando. Deixar o diagnóstico entre parênteses, como propõe Basaglia, conforme discutimos no capítulo II, é uma boa atitude nesta situação.

Nesse sentido, umas das etapas na construção do PTS é o estabelecimento desta ferramenta que é a **lista dos problemas de saúde**, nunca acabada, mas que, se esta escolha for feita, deve sempre ser clara e bem acessível a todos(as) os(as) envolvidos(as). Assim, como no prontuário de um(a) médico(a) de família, na escritura do PTS

destacamos essa lista de problemas. Esta lista, a ser sempre revista, como todo o PTS, é que vai nos ajudar a elaborar hipóteses e formular objetivos para o projeto terapêutico, pensar possibilidades, enfim. O rápido acesso visual à lista de problemas auxilia no cuidado. Além disso, vale a pena tentar dispor os problemas da lista em uma ordem de importância.

Pode ser que a ordem de importância decrescente seja diferente para cada uma das pessoas envolvidas (pessoa, família e equipe), e neste caso é importante, conforme propusemos no capítulo II, que registremos estas discrepâncias, ao menos em anotações de uso pessoal, de modo que às vezes temos mais de uma versão da mesma lista. Pois, se temos duas ou mais ordens de importância para os problemas, ao colocarmos estas listas lado a lado podemos antever a distância entre os pontos de vista, por si só uma informação relevante, e tal visualização nos permite ver onde poderíamos mediar a construção de pontes de comunicação.

Na montagem da primeira lista de problemas podemos fazer perguntas para nós mesmos, por exemplo: “o que é problema aqui?” e “para quem isto é problema?”, ou ainda “qual o problema que precisa ser discutido em primeiro lugar, e por quê? Tais respostas nos ajudarão a entender alguns dos valores que estão em jogo entre todas as pessoas envolvidas no PTS, em especial aquilo que faz sentido para o(a) maior interessado(a), quais os sofrimentos que alimentam tais valores e que valor saúde está se propondo, aí. Afinal, o PTS não é elaborado por uma única mente funcionando tecnicamente, mas por um coletivo, uma multidão.

Analisando as relações de familiaridade, que vão se enredando

A família, ou melhor a rede de familiaridades, é muito presente na vida de qualquer sujeito, ainda quando aparentemente ausente da sua vida. Uma boa compreensão do processo saúde-doença-cuidado não pode prescindir de alguma análise do contexto familiar, já que é o primeiro lugar onde a pessoa experimenta as primeiras trocas afetivas em relação a outres, as primeiras experiências de socialização, e tudo

isto eventualmente tem a participação da rede familiar, e as intervenções que decorrem desta compreensão também vão depender em grande parte disso. Isto é óbvio e não é.

Na vida nos relacionamos primeiro no âmbito familiar, ou justamente somos privados disso, para somente depois nos relacionarmos – e ao mesmo tempo – com o mundo em geral. Se a família não opera as primeiras experiências de socialização de todas as pessoas, porque há quem justamente tente abrir um caminho diferente de sua própria família, certamente funciona como cenário para exercícios de construção de valores, de invenção de modos de significar e interpretar as coisas da vida, de agir frente às mais variadas situações, de se relacionar, enfim (BRASIL, 2013). Ora, imagine se isso tudo não seria importante na produção de saúde e no adoecimento e cuidado...

Há uma tendência a reduzir “família” a um conceito único, de conjunto de pessoas com relação consanguínea que vivem sob o mesmo teto (ou não) e com rituais e regras muito próprias. Mas, nem sempre será assim tão estereotipado, e no cuidado em saúde precisamos abrir o olhar, ver família de outro jeito, por exemplo como:

“...um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural” (BRASIL, 2013, pg. 63).

Nesse sentido, preferimos chamar de “relações de familiaridade” aquelas relações que nosso(a) usuário(a)-cidadão(ã) estabelece em sua vida e que podem ou não configurar uma família como esta do senso comum. Eis a família que precisamos encontrar e conhecer quando da elaboração do PTS, um núcleo de familiaridade que

serve de palco para o exercício dos primeiros papéis na vida, que produz sentimento de pertencimento e que pode ser tanto parte do processo de adoecimento como uma grande aliada no cuidado em saúde, ou ambas as coisas. Quando se faz um PTS na atenção básica, é no domicílio e no território que acessamos mais a fundo o contexto de familiaridade, mas qualquer conversa, mesmo durante atendimentos clínicos e procedimentos, permite aproximações com as relações de familiaridade.

No capítulo I discutimos o caso de Luíza, uma senhora negra de 58 anos que, quando da pesquisa que a conheceu, estava há cinco anos em acompanhamento por câncer de colo uterino, uma condição que havia sido diagnosticada com atraso (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016). Luíza mantinha uma relação homoafetiva com Maria e vivia com ela e sua filha (nomes fictícios). As três mulheres cuidavam umas das outras, e o surgimento do câncer teve efeitos na relação entre Maria e Luíza. Vejamos o que escreveu alguém da equipe de pesquisa:

É marcante a fala da usuária ao relatar a transformação do seu vínculo com Maria, tendo como pilar de união, o cuidado, a solidariedade. O fato de a relação homoafetiva de Luíza ser um segredo é um ponto importante de discussão. Essa usuária escapa dos padrões e essa diferença não tem espaço para aparecer na sua rede de produção de cuidado em saúde (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016, pg. 337-8).

Aproximar-se das relações de familiaridade abre portas para compreendermos um conjunto de redes de apoio que podem fazer a diferença em um PTS, entre elas a religiosidade. No caso de Luíza, ela encontrava seus “guias” em um sincretismo entre o catolicismo (São Jorge, N. S. de Conceição) e a umbanda (Pomba Gira), relação que a fazia sentir-se protegida e cuidada (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016).

Saber sobre a família de alguém que estamos conhecendo agora, ou que co-

nhecemos pouco, é um terreno delicado, que merece uma atenção especial nossa, e exige de nós algum acúmulo ferramental recheado de tecnologias leves. Nossa própria história familiar vem à tona quando estamos abordando a família do(a) outro(a), nossos próprios sofrimentos, crenças e valores acumulados avivam-se em nós quando destes encontros. Por isso que a abordagem familiar, ao mesmo tempo que é um desafio em nosso trabalho em saúde, é tão rica em possibilidades para o cuidado em geral.

Existem também ferramentas padronizadas que oferecem conjuntos de critérios para facilitar uma abordagem familiar, como, por exemplo, genograma ou familiograma, ecomapa, ciclo de vida familiar, modelo FIRO, modelo APGAR familiar, esquema PRACTICE, entre outros, ferramentas utilizadas, no Brasil, em vários serviços e ações de saúde (estratégia de saúde da família, atenção domiciliar, saúde mental etc.) (BRASIL, 2012, 2013; DIAS, 2019). Não cabe aqui neste livro aprofundarmos nos fundamentos e nas técnicas de cada uma delas, disponíveis em várias publicações especializadas, mas recomendamos conhecer essas ferramentas. No capítulo V faremos uma discussão específica sobre o ecomapa.

Algumas perguntas, entre outras, que podemos fazer quando entrevistamos pessoas a respeito da família e assuntos privados: que pessoas podem ajudar na aproximação com esta família (mesmo que não pertençam diretamente a ela)? minha escuta é qualificada, observo e ouço mais do que falo? como as pessoas da família se colocam fisicamente no ambiente do encontro (consultório, domicílio, território etc.)? como as pessoas da família se comunicam conosco e entre si? as mensagens são claras ou ocultas? consigo ter essas conversas com a tranquilidade necessária? como lido com minhas próprias emoções nesta conversa?

Quando sentimos que é o momento e desde que estejamos preparados(as) para isso, podemos encorajar que emoções sejam expressas, e não raro podemos vir a ser mediadores do alívio de sentimentos como a culpa, medo, o desamparo e a desesperança. Mas é importante atenção para nossas próprias reações emocionais, e recomenda-se não demonstrar grande afetação ao saber de certas coisas, ou tomar

decisões quando muito afetado(a) (BRASIL, 2013).

É inevitável que nossa própria história familiar venha à tona quando nos aproximamos da história do(a) outro(a), ao menos para nós, então é preciso que antes disso reflitamos sobre ela, sobre os efeitos dela em nossa própria vida. Só esta reflexão permitirá, por exemplo, monitorar nossos próprios preconceitos, para evitarmos que eles se coloquem entre nós e o trabalho que estamos fazendo. Isso porque precisamos alcançar uma escuta qualificada de uma família sem julgamentos ou recriminações, mesmo que não verbalizadas, dispondo-nos ao encontro intercessor¹² porque nos interessamos pelos modos de vida daquelas pessoas e respeitamos os tempos dos acontecimentos singulares ali naquele núcleo familiar.

Alcançar alguma competência em abordagem familiar é um processo lento e que deve ser desenvolvido o tempo todo, começando na graduação profissional. É importante mas não é suficiente acumular apenas tecnologias leve-duras, como por exemplo técnicas de entrevista, mas é preciso um aprendizado para os encontros, ali no acontecimento, no ato. Sem vínculo não conseguimos acessar esta intimidade, e para aprendermos como construir vínculos – e fazê-lo – leva tempo. De qualquer maneira, o resultado possível de cada abordagem que fazemos já é o bastante para o cuidado naquele momento, e ao longo dos encontros sucessivos com o mesmo usuário este trabalho vai ganhando em profundidade.

No próximo capítulo continuaremos desenvolvendo os itens do quadro 3. Até lá!

Referências

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 02, .

¹² Sobre o tema do encontro intercessor, ver capítulo I.

BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013(Cadernos de Atenção Básica, 34).

BROSSAT, A. Caixa de ferramentas ou supermercado de ideias? trad. Alessandro Francisco. *Mnemosine*, Paris, v. 14, n. 1, p. 274–279, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2020.

CABRAL, M. P. G.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. “Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luiza. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 330–339. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

CUNHA, G. T. A construção da clinica ampliada na atenção básica. 2004. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312384>. Acesso em: 8 nov. 2020.

DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* [eBook]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1, p. 910–940.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1a edição. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014(Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde).

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. Microfísica do poder. Biblioteca de filosofia e história das ciências. trad. Roberto Machado. 4a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 69–78.

FRANCO, T. B. O fluxograma e o projeto terapêutico em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. (org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161–198.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Registro de saúde orientado por problemas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [eBook]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1, p. 1227–1251.

LUZ, M. T. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019(Coleção Memória Viva). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36799/2/Natural-Racional-Social.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008(Saúde em debate, 183).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7–28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 21 dez. 2020.

capítulo IV

Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades II:
os atravessamentos de adoecimento e morte e os
agenciamentos de vida e saúde



CAPÍTULO IV

Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades II: os atravessamentos de adoecimento e morte e os agenciamentos de vida e saúde

Conceitos e proposições centrais

Alguns dos elementos do plano macropolítico (molaridade) da realidade, na saúde, seriam a estrutura dos serviços públicos e privados de saúde; os protocolos assistenciais e diretrizes clínicas; as leis, normas e hierarquias; o organismo humano e sua psique; os “fatores” ocupacionais, sociais e familiares; valores como a saúde universal versus a prática liberal, a responsabilização pelo cuidado; entre outros.

Quando a vida é tomada como multiplicidade (molecularidade), o que temos para além dos elementos acima são singularidades interconectadas produzindo sujeitos sempre diferentes, que afetam e são afetados, a cada momento autores de novos territórios existenciais, um plano micropolítico que produz o anterior e é produzido por ele, permanentemente.

Enquanto na perspectiva macropolítica mapeamos os fatores de risco, determinantes da saúde, construindo objetivos e metas para o caso, ao ativarmos uma sensibilidade micropolítica buscamos, entre esses elementos acima, os atravessamentos de adoecimento e morte que atuam sobre as singularidades em jogo, e nos esforçamos na direção dos possíveis agenciamentos de vida e saúde, a fuga do que já é torna-se chave.

Dando continuidade ao tema que estamos discutindo desde o capítulo III, continuamos explorando os componentes possíveis, o “conteúdo” do projeto terapêutico singular (PTS), ou seja, tudo aquilo com que devemos nos preocupar quando de sua elaboração e reavaliação permanentes. Lembrando que, como dissemos em capítulos

anteriores, assumimos aqui um conceito de projeto terapêutico como dispositivo de produção do cuidado na condição de caixa de ferramentas, e neste capítulo continuamos o desenvolvimento de aportes para o registro de uma análise para o PTS, sendo o próprio processo de registro uma ferramenta em si.

Recomendamos a leitura do capítulo anterior, para ficar mais clara esta ideia para o(a) leitor(a), onde, para propormos uma lista de itens importantes para pensarmos um PTS (quadro 3), que temos usado em algumas de nossas experimentações, analisamos rapidamente três roteiros clássicos que sintetizamos em três etapas para elaboração de um PTS (quadro 2). De qualquer maneira, repetimos que não existem etapas sequenciais neste trabalho que estamos fazendo, pois tudo acontece ao mesmo tempo e o tempo todo, e pensarmos as três etapas visa apenas nos ajudar a organizar nossas reflexões. Neste capítulo, queremos nos voltar à primeira delas, “conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades”, momento que seguramente é pilar para o PTS, pois serve de base para a construção do plano de cuidados.

Neste ponto do trabalho incidem algumas diferenças de perspectiva importantes e que devem ser levadas em conta, pois implicam em preferências e escolhas a depender dos referenciais teóricos com os quais cada um(a) se sente mais confortável. Neste livro é sabido que compartilhamos uma perspectiva tomando como foco a micropolítica do trabalho e do cuidado, na abordagem do PTS, e a seguir desenvolveremos o que queremos dizer com isso no modo mais resumido e simplificado possível, para facilitar os debates nos capítulos que se seguem.

Macropolítica e micropolítica em saúde

Podemos dizer que ao elaborar um PTS primeiro nos concentramos em um ponto de vista do que é conhecido como científico e oficial, pois voltamos nossa atenção para: tudo aquilo que é imediatamente perceptível e inteligível por todos os envolvidos (o organismo humano doente ou não, o que transparece de sua psique, os “fatores” ocupacionais, sociais e familiares, entre outros envolvidos no adoecimento, a estrutura

dos serviços de saúde e outras ofertas estatais e privadas disponíveis para a pessoa e sua família); os protocolos assistenciais e diretrizes clínicas instituídos; os significados e valores que circulam em torno de cada caso (valores de uso e de troca para a saúde, diferentes graus de responsabilização pelo caso, hierarquias nas tomadas de decisão); entre outros aspectos. A este conjunto todo já poderíamos chamar dimensão macropolítica do caso.

Por outro lado, esta realidade aparentemente estável, como uma estrutura molar, pode ser vista também como não sendo sempre e exatamente assim. No capítulo II propusemos pensarmos em uma vida como multiplicidade, ou seja, uma composição de singularidades que se interconectam a cada momento e lugar de modo diferente, produzindo sujeitos sempre diferentes de si mesmos e que afetam e são afetados de modos também diferentes, a depender dos caminhos nômades que vão percorrendo pela vida e em suas relações. Sujeitos que são autores de novos territórios existenciais a cada mudança que experienciam, como discutiremos a seguir. A este outro plano da mesma realidade chamamos micropolítico e não se contrapõe ao anterior, o macropolítico, mas depende dele, o produz e é produzido por ele, permanentemente. Estão mais próximos de uma dobra do que de pólos separados e distintos, como o é a imagem do molar e do molecular (algo que podemos imaginar ao pensarmos um copo de água (estado de molaridade) e a existência do H₂O que é base para a composição da água que bebemos).

Importante dizer que a escolha neste livro não é negar o plano macropolítico, ou atribuir uma menor importância a ele. Ao contrário, a proposta é justamente adotar uma perspectiva na qual ambos os planos são considerados ao mesmo tempo. Em outras palavras, estamos propondo usarmos ambas as leituras em mútua constitutividade, quando estamos construindo um PTS.

O plano macropolítico do projeto terapêutico: fatores de risco, determinantes e metas

Entre as propostas de PTS disponíveis, é frequente encontrarmos o uso do conceito de fatores de risco para tudo aquilo que está produzindo adoecimento, ou que pode fazê-lo, quando analisamos o caso (OLIVEIRA, 2008a, b). No referencial da Epidemiologia clássica chama-se fatores de risco certos hábitos pessoais ou exposições ambientais que estão associados ao aumento da probabilidade de ocorrência de alguma doença (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010), em outras palavras, “toda característica ou circunstância que está relacionada com o aumento da probabilidade de ocorrência de um evento” (LUIZ; COHN, 2006, pg. 2342).

Ao mesmo tempo, “determinantes de saúde” seriam “fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais, a maioria dos quais fora do setor saúde, mas responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença no indivíduo” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010, pg. 32). Para um dos referenciais da Promoção da Saúde, os determinantes sociais da saúde seriam os:

“fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, (...) as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (...) e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pg. 78).

Quer usemos o referencial dos fatores de risco ou o dos determinantes da saúde, trata-se da produção do risco epidemiológico, que “pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente”, portanto, um perigo para a saúde que precisa ser controlado (LUIZ; COHN, 2006, página 2342). Muito tem sido escrito sobre

o conceito de risco e seus efeitos, há também uma alternância de foco, na literatura especializada, para o risco individual e populacional, por vezes transpondo-se abordagens entre uma dimensão e outra, assim como diferentes posições frente ao papel do contexto socioeconômico no risco de adoecer (LUIZ; COHN, 2006; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No entanto, foge ao objetivo deste livro nos aventurarmos neste amplo debate sobre o risco epidemiológico e se o trouxemos, aqui, é porque a produção científica clássica sobre o PTS no Brasil incorpora este conceito e faz sentido. Importante é considerar que o projeto terapêutico, quando opera fatores de risco ou determinantes da saúde, é visto também como uma estratégia que dá visibilidade a certas relações de causalidade:

“Um intenso debate em torno das associações (um fator associado a um efeito) acaba por conferir aos estudos epidemiológicos um estatuto logicamente equivalente às ciências experimentais e seus resultados controlados. (...) O cálculo do risco consolida-se então como elemento conceitual nuclear nos estudos de associações.” (LUIZ; COHN, 2006, pg. 2344)

Quando o “singular” é pensado por nós como individual fixo e não como processo permanente de singularização, nossa atenção se volta para as influências perigosas de fatores contextuais e gerais sobre um indivíduo em especial. Em sua proposta de operacionalização do PTS, Oliveira (2008a) posiciona os fatores ou variáveis de risco como “o que influencia, tensiona, determina negativamente a situação (no sentido da produção de sofrimento e de agravos)” (idem, ibidem, pg. 108), e os coloca em um dos lados de uma “balança de vulnerabilidade”; do outro lado da mesma balança o autor posiciona a imagem espelhada dos fatores de risco: os fatores ou variáveis de proteção (OLIVEIRA, 2008a). E a “vulnerabilidade”, o que teria a ver com isso?

No amplo debate sobre o risco, uma contribuição importante para o projeto terapêutico é o conceito de vulnerabilidade, segundo o qual, em debate com o que conhecemos como história natural da doença (HND), diz-se que os agressores (biológicos, físicos e químicos) não existem isoladamente, mas dependem de “determinantes biológicos e psicológicos, técnicos e sociopolíticos que influenciam as condições que possibilitam o surgimento das enfermidades, sua evolução clínica e desfechos, incluindo os diversos meios pelos quais nós respondemos a eles” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2010, pg. 106) (tradução livre e grifo nossos). Neste referencial há uma ênfase nas “interações entre agente/hospedeiro/meio”, de modo a fazer passar de uma visão ainda informada pela HND para uma outra, agora atenta a uma “história social da doença”. De fato, pensar em vulnerabilidade nos leva a considerar “a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, (...) a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção” (MEYER et al., 2006, pg. 1339).

Ou seja, ao construirmos um PTS para um caso podemos entender a análise de vulnerabilidade como a existência (ou não) de um equilíbrio entre os fatores de risco e determinantes da saúde, de um lado, e os fatores/recursos de proteção, de outro (OLIVEIRA, 2008a), ou ainda acrescentarmos a isso uma atenção nossa à capacidade de resposta ou grau de suscetibilidade do sujeito frente aos fatores de risco (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2010). Nesse sentido, temos dois eixos de intervenção para produzirmos mudanças na relação risco/vulnerabilidade: o da redução dos fatores de risco e o do fortalecimento dos fatores/recursos de proteção, que sob o olhar da micropolítica é algo a se produzir e não, obrigatoriamente, já dado. Tal análise nos ajuda a repensar e qualificar nossas ações futuras junto ao caso, ou seja, a construirmos ou revermos um plano de cuidados, que vamos discutir no capítulo VII.

Técnicas para gestão do caso têm sido utilizadas para melhor se aproveitar as análises de risco e vulnerabilidade no PTS, e propostas bastante difundidas agregam noções de planejamento em saúde quando usam, em seus sumários de roteiros, conceitos como “situação-problema”, “objetivos” e “situação-objetivo”, “metas” e “respon-

sáveis” (BRASIL, 2008; CUNHA, 2004; OLIVEIRA, 2008a). Na área da saúde há uma importante produção sobre o tema do planejamento no que diz respeito à gestão de sistemas e serviços de saúde, em especial a partir dos anos 1970, quando autores da área da saúde passam a questionar o chamado “planejamento normativo”, ou seja, a simples tentativa de submissão do processo de trabalho em saúde a normas para controlá-lo, cooptando as relações que acontecem nele com instrumentos e burocracias rígidas (MERHY, 1995, pg. 139).

Ao contrário, os modelos existentes de PTS, que citamos neste e em outros capítulos, visivelmente apostam em outras propostas de planejamento em saúde, que foram desenvolvidas para se contrapor ao chamado gerencialismo normativo e que entendem projeto terapêutico, portanto, como um dos instrumentos nesse sentido. Consideramos isso bastante positivo, já que, conforme vimos no capítulo I, o trabalho em saúde, que é vivo e acontece em ato, pressupõe uma autonomia importante do(a) trabalhador(a) e das equipes, e governá-lo não é possível se nos guiarmos somente pelas normas já estabelecidas, ainda que assim se possa limitá-lo em ações específicas (MERHY; FEUERWERKER, 2016). Ao contrário, encontramos nestas propostas de PTS, com facilidade, traços de referenciais como planejamento estratégico situacional (PES), pensamento estratégico em saúde, ação comunicativa e análise institucional, referenciais que há décadas são muito utilizados para os movimentos de renovação da gestão em saúde a partir dos anos 1970, quando começam a ser valorizados “os sujeitos em cena e seus projetos” (MERHY, 1995, pag. 139), ou seja, quando se compreende que: todos planejam e agem.

Assim, boa parte dos modelos de PTS que vêm sendo mais amplamente divulgados e referenciados no Brasil tendem a estruturar o PTS conforme um certo legado do planejamento em saúde. Isso ajuda a organizar sua elaboração e traz sentidos muito próprios, tanto para o que estamos discutindo aqui dos capítulos III e IV, ao nos debruçarmos sobre a compreensão dos problemas em suas singularidades, como para o que vamos discutir no capítulo VII: o plano de cuidados. Os compromissos e as implicações de quem faz algo como parte de um processo de planejamento também são

peculiares. A própria noção de “projeto” é específica aqui, pois indica uma intenção intervencionista que nós, profissionais de saúde, tendemos a ter como parte de nosso território identitário, ou seja, daquilo que aprendemos a respeito do que seria um(a) profissional de saúde e o que ele(a) deve fazer em sua prática diária (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

Esta perspectiva macropolítica de estudo do caso para o projeto terapêutico já tem ampla utilização no Brasil e oferece ferramentas que são imprescindíveis para toda experiência de cuidado, que sempre nos pede projetos terapêuticos, nos dando pistas para a formulação de hipóteses explicativas a serem utilizadas na composição de um plano de cuidados. Mas ao nosso ver não é tudo, não esgota as possibilidades que podem surgir na realidade à nossa frente. A seguir vamos analisar a dimensão micropolítica desta mesma realidade, uma aposta deste livro que pretendemos que seja uma abertura de mais possibilidades, além daquelas já discutidas até agora.

Agregando uma perspectiva micropolítica: atravessamentos de adoecimento e morte, e agenciamentos de vida e saúde. A produção do cuidado é sempre compartilhada

No capítulo I conversamos rapidamente sobre micropolítica e cuidado em saúde, falamos sobre o encontro intercessor como acontecimento que possibilita o cuidado. Os conceitos que lá apresentamos são base para a discussão que faremos a seguir, pois vamos pensar a saúde e o adoecimento não somente como produtos de relações causais e que podem ser previstos mediante cálculo de risco, mas também como processos que constituem nossa vida e o modo como a vivemos, e que estão em permanente transformação. Esta discussão trazemos de outro debate que alguns de nós fizemos, a partir de pensadores que formularam a teoria esquizoanalítica e uma práxis com foco na micropolítica (DELEUZE; GUATTARI, 2008, 2009; GUATTARI, 2006), sobre o tema da Promoção da Saúde, e que está no prelo neste momento como capítulo de outro livro (MERHY et al., 2022). Primeiro, conforme prometemos no capítulo anterior, vamos entender como se pensa “território”, neste referencial.

Na área da saúde coletiva o território tem um sentido bastante amplo e não se restringe à área física onde a pessoa/família vive, ou à área de abrangência de uma equipe da rede básica, mas contempla várias dimensões da vida. Em uma perspectiva micropolítica, então, vamos mais além, e falamos em território existencial ou identitário. E o que seria isto? Vamos pensar primeiro, como exemplo, na própria medicina.

A medicina, profissão bastante antiga, sofreu grandes transformações em sua constituição histórica, e a medicina que conhecemos hoje constituiu-se em especial a partir da transição entre os séculos XIX e XX (LUZ, 2019). Desde então, foi-se construindo uma certa identidade médica, algo como o que seria, majoritariamente, “ser médico”, que facilmente percebemos nos discursos das pessoas em geral, em especial dos(as) próprios(as) médicos(as): seria exercer uma profissão liberal destinada a oferecer a solução para doenças, a partir de uma visão científica, mecanicista e objetivista, marcada pela especialização e pela prática hospitalar. Do ponto de vista micropolítico, é a repetição destes e outros discursos e valores que faz existir e se perpetuar um certo modelo de medicina, que cria este “território identitário” (TEMPERLY; SLOMP JUNIOR; SILVA, 2021).

Podemos transportar esse mesmo processo para tudo em nossas vidas. Há certos territórios com os quais nos identificamos em nossas vidas e faz parte deles a repetição de certas regras e valores, ou um jeito de pensar ou de se posicionar nas relações. Agora vamos juntar todas as normas que vamos criando ou que temos que seguir e que nos possibilitam – e até nos fazem – agir ou nos expressarmos de um certo jeito, no corpo biológico, na psique e nas relações sociais, também de modo repetitivo: este é o território existencial que temos para hoje (GUATTARI, 2006; SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

O(A) leitor(a) alguma vez já percebeu uma mudança importante em você? Por exemplo, antes acreditava muito em alguma coisa (um valor pessoal ou familiar, uma religião, uma convicção política, um padrão de beleza para qualquer coisa, uma preferência alimentar, enfim, infinitas possibilidades), ou não gostava de um alimento e pas-

sou a gostar, e, depois que alguma coisa acontece na vida, desacredita daquilo, deixa de gostar e de se entusiasmar com aquilo ou passa a gostar, mudam as convicções e o desejo, e hoje até se surpreende ao pensar sobre como aquilo fazia tanto sentido, era tão bom, e hoje já não é mais, ou ao contrário. Mudanças que fazem com que você signifique o mundo no qual vive de uma outra forma, ressignificando a si mesmo, ou seja, uma mudança radical nos valores, modos de viver e formas de pensamento. Pois bem, diríamos que aconteceu uma desterritorialização de um território existencial, com possível reterritorialização em outro (GUATTARI, 2006). Em momentos de mudanças profundas na vida vivenciamos intensas desterritorializações, vamos retomar esta discussão no capítulo VI, quando falaremos sobre histórias de vida nos projetos terapêuticos.

Em nosso corpo, tanto físico como afetivo, também experimentamos mudanças que estão sempre conectadas com o meio. Já comentamos sobre preferências alimentares, que para homeopatas não é coisa só da mente ou só do corpo, mas profundamente arraigada em nossa constituição como um todo. Também podemos pensar em outro exemplo: há quem seja encalorado quando jovem, mas ao longo da vida vai se tornando menos tolerante ao frio. Seu corpo como um todo funcionava de um modo e passou a funcionar de outro. Ao mudarmos nossos hábitos de vida, também criamos outras territorialidades para nosso corpo, assim como o corpo se modifica e vai nos conduzindo a diferentes territorialidades psíquicas e relacionais.

Agora podemos pensar no seguinte: nossa territorialidade, que é corporal, cognitiva, afetiva e existencial, pode ser “atravessada” pelo adoecimento, ou mesmo pela morte. Vamos pensar naquilo que nos arrasta de uma territorialidade para outra. Quem trabalha em áreas como a oncologia ou cuidados paliativos sabe que a notícia de que tem câncer pode mudar muita coisa para uma pessoa, alterar sua perspectiva de vida, seus valores. A depender de várias coisas envolvidas, uma notícia dessas pode causar, a médio prazo, sentimentos variados, desde aumentar as perspectivas de viver uma vida diferente mais desprendida, em alguns casos, até sentimentos profundos de tristeza, desamparo ou até desespero, conforme conta Luiza, a usuária-cidadã cujo caso

comentamos nos capítulos I e III: “naquele dia que eu soube que eu estava com câncer, ali eu chorei, chorei, chorei muito. Naquele dia eu pensei que ia morrer. E eu chorava, só chorava.” (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016, pg. 332). Após cinco anos de tratamento, Luiza desterritorializa-se de todo um modo de vida:

“Antes eu gostava de sair para beber, conversar com as amigas em um barzinho. Hoje, meu único lazer é ir pras festas da umbanda e assistir televisão. Hoje, a única coisa que me traz alegria são as festas religiosas. No mais, vivo de forma mais isolada socialmente, sem vínculos nem atividades comunitárias.” (CABRAL; FRANCO; JORGE, 2016, pg. 338)

Vamos usar o atravessamento como um conceito prático para pensar o adoecimento. Nós o tomamos de empréstimo da filosofia, e o fazemos funcionar aqui de um jeito diferente. Para Deleuze e Guattari (2005) um atravessamento é todo fluxo ou passagem entre diferentes territórios existenciais. Por outro lado, mas reforçando esta ideia, para autores de uma linha de práticas e estudos chamada Análise Institucional, atravessamento é quando não conseguimos fugir de tudo aquilo que já está organizado ou instituído para nós na vida, aquele “sistema” que quer se reproduzir em nós e para nós, e que mesmo que não queiramos mais, nos domina (BAREMBLITT, 1996), e, acrescentamos, muitas vezes nos adocece.

Nesta linha de pensamento, propomos aqui pensar o atravessamento abrangendo todas as dimensões da vida, até nosso corpo biológico. Vejamos exemplos de atravessamentos que, em certas situações, podem ser revertidos para agenciamentos, como veremos adiante.

Um primeiro exemplo de atravessamento poderia ser a urgência que o mundo nos coloca, quando adolescentes, para escolhermos uma profissão, quando muitas vezes ainda temos tantas dúvidas, nada sabemos do mundo e muito menos de como

poderia ser nossa vida futura nele, e exercendo tal profissão. Estamos fortemente pressionados a fazer este tipo de escolha naquele momento, porque se não a fizermos somos julgados por isto. Muitos de nós adoecem por conta disso, funcionando, a urgência de uma decisão tão importante para nós, como um atravessamento.

Outro exemplo, a existência silenciosa de agrotóxicos ou dioxina nos alimentos que consumimos, especialmente no Brasil atual, e o fato de sermos obrigados a consumi-los nos alimentos por não termos controle sobre isso. Resulta em uma intoxicação crônica com efeitos que nem sempre percebemos claramente, pois suas manifestações iniciais podem ser muito sutis.

Às vezes os atravessamentos são tão poderosos que somos arrastados por eles, ou somos paralisados, adoecemos, pode ocorrer o que chamaríamos de uma morte do desejo, uma redução da potência de agir. Neste caso, preferimos chamar o atravessamento de captura, que Deleuze e Guattari (2005) entendem como uma forte apropriação do território existencial, como se alguém tivesse dado um “nó” em nossas possibilidades de vida e saúde. Muitas das coisas que nos adoecem na vida nos enleiam, e em alguns momentos da vida nos arrebatam de tal modo que precisamos de ajuda para desatar os nós que nos amarram, porque a desterritorialização foi forte demais. Um exemplo seria a fixação por um pensamento persecutório. A ideia de perseguição paralisa a pessoa e impede que ela tenha ações produtivas e criativas. Deixa ao(à) leitor(a) a liberdade para pensar em outros exemplos de captura no cotidiano da saúde.

Nem tudo é produção de adoecimento e morte, e já vimos no capítulo II que o PTS, quando formulado com o que mais produz potência de vida, tem uma grande capacidade de aumentar a capacidade de agir do corpo em todas as suas dimensões, o que significa maior cooperação, aumento da vitalidade, autocuidado, autoproteção. Aliás, o plano de cuidados do PTS, como discutiremos no capítulo VII, depende muito disso. Ou seja, precisamos reverter os atravessamentos que adoecem, e encontrar e fortalecer os “agenciamentos de vida e saúde”, mas antes veremos o que seria agen-

ciamento.

Os territórios existenciais se formam e se dissolvem mediante agenciamentos, ou seja, por efeito de algo que nos toca e produz novas experiências que se fixam em nosso corpo como registros, modificando assim o modo como significamos o mundo no qual vivemos. A isto podemos chamar também de subjetividade, ou seja, o território existencial é o lugar onde se fixa nossa subjetividade. Lembrando que a subjetividade é dinâmica, ela se produz através das nossas experiências de vida. Um agenciamento, então, entendemos como sendo este motor das desterritorializações e das reterritorializações e só é possível quando pessoas ou coisas ou acontecimentos, ou, como diriam Deleuze e Guattari, elementos diferentes e heterogêneos, se encontram com nossos corpos, para funcionarem juntos mas de outro jeito: coisas que não eram ditas agora passam a serem ditas e coisas que não eram feitas agora passam a serem feitas, é o agenciamento acontecendo. Os agenciamentos produzem outros funcionamentos, outras ações, outras expressões, e, portanto, outros territórios existenciais (DELEUZE; GUATTARI, 1977, 2005, 2008). Vamos nos constituindo como redes vivas existenciais, em permanente processo diante destes agenciamentos, de modos previsíveis algumas vezes, e muito imprevisíveis em outras (MERHY et al., 2016).

Para ilustrar este tema, vamos contar uma história. Um de nós teve um amigo que na nossa juventude, há muitos anos, era um sedentário convicto. Contava que desde a adolescência fugia de atividades físicas, não se sentia parte daquilo, não tinha prazer em mexer o corpo, e na vida adulta, até lá pelo final da quarta década da vida, não só seguia cultivando a vida sedentária como defendia o direito a ela em seus discursos, mesmo admitindo que ela não fosse saudável, como sendo uma atitude que teria um certo charme, e que era uma escolha tão legítima como o seu oposto. Ah, vale a pena acrescentar: a mesma adesão “territorializante” ao viver sedentário era intimamente relacionada por ele à vida estritamente urbana, em detrimento do contato frequente com o rural. A repetição dessas convicções o tornava cada vez mais sedentário.

Eis que, lá pelos 40 anos, uma revisão cardiológica levou-o à necessidade de

atividade física, por detalhes que aqui não cabe relatar, mas que podem ser intuídos pelo(a) leitor(a). Começou fazendo caminhadas pela cidade, mas havia muita fumaça e barulho. Passa então a caminhar para fora da região central da cidade, no entanto as caminhadas ficavam cada vez mais longas, e o amigo acabava tendo que pegar alguma condução para voltar para casa. Adere então aos parques da cidade e começa a se reconciliar com a “natureza”, pela qual aos poucos vai se apaixonando. Para encurtar a história: torna-se um caminhante, um “trekker” que passa a conhecer trilhas silvestres pelo Brasil e pelo mundo afora, algumas delas com grau considerável de dificuldade, e passou a integrar também grupos de caminhadas na “natureza”, por vezes até liderando, entusiasticamente, novas aventuras. Incorpora, então, assuntos sobre explorações na natureza entre seus interesses, e passa a conhecer bastante sobre isso tudo.

No exemplo acima, temos um novo modo de agir (agenciamento maquínico do desejo) e de se expressar (agenciamento coletivo de enunciação), segundo Deleuze e Guattari os dois aspectos do agenciamento (DELEUZE; GUATTARI, 2008). Se nos concentrarmos aqui nos agenciamentos que produzem vida e saúde, podemos começar com a análise dos efeitos em seu corpo biológico produzidos pelo agenciamento vivido pelo amigo. Ele vivenciou mudanças importantes no funcionamento de seu corpo biológico, com efeitos não somente no risco cardiovascular, como era o objetivo inicial, mas no sono, na alimentação, e ao mesmo tempo no trabalho, na alegria de viver, enfim, havia efeitos em outras dimensões de sua vida, reconstruiu para si todo um outro projeto existencial. Se prestarmos atenção, todos(as) passamos por transformações assim em nossas vidas, e de todas as proporções.

Quando comentamos sobre os efeitos do câncer na vida da usuária Luiza, acima, ficamos devendo falar um pouco mais sobre os possíveis efeitos positivos de um adoecimento tão grave, sim, há casos nos quais uma doença tão assustadora também pode agenciar uma nova produção de vida. Adquirir câncer também pode produzir desterritorializações e reterritorializações em outro sentido, considerando que muita gente irá superar esta doença, podendo ser um estímulo para valorizar ainda mais a simplicidade da vida e as relações afetivas.

Apesar de representar um importante atravessamento, o mesmo adoecimento pode agenciar uma nova reterritorialização mais saudável do que antes dela. Isso porque essas coisas tendem a caminhar juntas, na vida, e são indissociáveis. Mas isto não é uma regra infalível, não há garantias que um diagnóstico desses na vida sempre proporcionará o “pacote” completo, melhor não tê-lo, claro.

Além disso, agenciar a vida em uma situação tão crítica, que muitas vezes representa dor e sofrimento intensos, é um processo ativo, que para acontecer consome energia, exige um investimento amoroso para consigo mesmo e para com os outros, muitas vezes precisa de ajuda (um projeto terapêutico, talvez...), enfim, precisa de outros, de alteridade, não é automático! Agenciamentos precisam ser articulados. E para um PTS, como a proposta que temos desenvolvido aqui neste livro, é preciso abertura para cuidado e é sempre coletivo, sempre em compartilhamento. Como vimos no capítulo I, uma recomendação técnica terá muito maior potência transformadora se conseguir agenciar as mudanças necessárias, só possíveis se contarmos com um jeito de fazer que valorize as relações.

Conclusões sempre provisórias

Se os atravessamentos podem ser compreendidos como forças que atuam sobre uma composição de singularidades, que nos compõe como sujeitos, que identificamos macropoliticamente como determinantes da saúde ou de fatores de risco, e que micropoliticamente entendemos como processos desterritorializantes e reterritorializantes, também é preciso ficarmos atentos(as) para os possíveis agenciamentos de vida e saúde que temos à nossa disposição (MERHY et al., 2022). Objetivos e metas ajudam, estabelecer responsabilidades também, porém esta sistematização pragmática de ações para um caso, em si, são insuficientes para uma mudança nas subjetividades, apenas indica caminhos. Se há um entrecruzamento de singularidades que afetam e são afetadas de modos os mais variados, outros movimentos precisam acontecer ao mesmo tempo para que o cuidado seja agenciado. Isso será central para a discussão do capítulo VII, que tratará do plano de cuidados.

Por isso é importante contar com pelo menos dois referenciais ou perspectivas: uma macropolítica, alimentada pelo uso de fatores de risco ou determinantes da saúde, e o estabelecimento de metas e responsabilidades; e outra micropolítica, nos oferecendo sensibilidades para perceber os atravessamentos de adoecimento e morte e os agenciamentos de vida e saúde, dimensões da vida que produzem aqueles dados objetivos, mas que exigem outros movimentos para as mudanças. Reforçamos mais uma vez: as dimensões macro e micropolíticas não são contraditórias entre si, elas convivem e se constituem, e portanto não se trata de contrapor diferentes visões sobre o processo saúde-doença-cuidado na conformação de um PTS, mas sim acrescentar outras possibilidades que possam fazer a diferença na compreensão que o coletivo que compartilha a construção do PTS busca, no sentido de fundamentar propostas concretas de cuidado.

Referências

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (org.). *Routledge Handbook of Global Public Health*. Routledge Handbooks. 1. ed. New York City: Routledge, 2010. p. 98–107.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. *Epidemiologia básica*. trad. Juraci Cesar. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2020.

CABRAL, M. P. G.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. “Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luiza. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 330–339. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312384>. Acesso em: 8 nov. 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 2005. v. 4, (Coleção TRANS).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 2008. v. 2, (Coleção TRANS).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2009. v. 1, (Coleção TRANS).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é um agenciamento? Kafka por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 118–127.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2006 (Coleção Trans).

LUIZ, O. do C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v.22, n.11, p.2339–2348, nov.2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2006001100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2021.

LUZ, M. T. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019(Coleção Memória Viva). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36799/2/Natural-Racional-Social.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

MERHY, E. E.; SLOMP JUNIOR, H.; MOEBUS, R. N; FEUERWERKER, L. M. A promoção da saúde como prática discursiva, no esforço de produzir mundos, em uma leitura genealógica e micropolítica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2022. No prelo.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E.; GONÇALVES, R. B. M.; MERHY, E. E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 117–149.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 59–72.

MERHY, E. E. et al. *Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31–42.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*

ca, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1335–1342, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2020.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008a(Saúde em debate, 183).

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008b. p. 283–297.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 537–546, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537-&lng=pt&tlngpt. Acesso em: 12 out. 2020.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7–28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 21 dez. 2020.

TEMPERLY, N. K. N.; SLOMP JUNIOR, H.; SILVA, M. Z. da. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 25, p. e200341, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100216&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2022.

capítulo V

Manejando ferramentas para o cuidado I:
o ecomapa, o fluxograma analisador e a coordenação
do cuidado



CAPÍTULO V

Manejando ferramentas para o cuidado I: o ecomapa, o fluxograma analisador e a coordenação do cuidado

Conceitos e proposições centrais

O ecomapa é um diagrama que representa um sujeito (individual ou coletivo) e o contexto de suas relações com outros sujeitos e coletivos. Comumente associado ao pensamento sistêmico, tem sido usado, com outras ferramentas, para visualizar “disfuncionalidades”. Micropoliticamente, pode ser visto com um conjunto de histórias de conexões existenciais, das quais visualizamos apenas um instante a cada vez, cujo conjunto constitui uma cartografia em fluxo permanente.

Fluxogramas são diagramas que servem para representar processos (caminhos, sequências de ações complexas). Na saúde um fluxograma é chamado de analisador quando possibilita problematizar cada processo de trabalho de cada ponto de uma rede, bem como o conjunto deles.

No Brasil, coordenar o cuidado foi proposto como sendo atuar como o centro de comunicação entre diferentes serviços de saúde, elaborando e acompanhando projetos terapêuticos singulares.

Nos dois capítulos anteriores pudemos notar o quão infinitas são as possibilidades que se abrem quando queremos nos aproximar das singularidades de uma vida, na saúde. Neste capítulo e no próximo conversaremos sobre três exemplos de ferramentas que podem ser bem valiosas para enriquecer nossa compreensão a respeito de todas essas etapas da elaboração compartilhada de um projeto terapêutico singular (PTS) e que podemos agregar em nosso trabalho, entre tantas outras que também estão disponíveis.

O objetivo de selecionar somente algumas ferramentas de cuidado para este livro é, ao mesmo tempo, exercitar um olhar micropolítico para o processo saúde-doença na elaboração do PTS, e exemplificar o que seria manejá-lo como caixa de ferramentas. Neste capítulo trazemos duas ferramentas bastante conhecidas, olhadas a partir da perspectiva micropolítica.

Alguns aspectos aproximam ambas as ferramentas e outros as distanciam. Ambas são diagramas visuais. Nem sempre as palavras nos bastam para dizer coisas complicadas, por isso formas e desenhos nos dão uma sensação de simplicidade que a realidade tem – e ao mesmo tempo não tem – para nos oferecer. Mas há diferenças importantes, pois o ecomapa vai nos dizer muito mais das relações e conexões familiares, comunitárias e com a vida em geral, enquanto que o fluxograma analisador nos ajuda a dar visibilidade ao caminho da pessoa ou núcleo familiar em sua busca de cuidado para a saúde. Cada situação pedirá uma ou outra, ou ambas, e juntas, entre outras tantas, se complementam.

O ecomapa e as redes de conexões existenciais

O ecomapa é uma representação gráfica, um “mapa ecológico” da pessoa ou família que se tornou um “caso” de interesse para nós. Este sujeito (individual ou coletivo) é colocado dentro de um círculo no centro de um diagrama com vários outros círculos desenhados ao redor dele formando um contexto de relações (AGOSTINHO, 2007; FERNANDES; FALCETO; WARTCHOW, 2013; DIAS, 2019). Invenção da assistente social norte-americana Ann Hartman nos anos 1970, quando professora da Universidade de Michigan, o ecomapa fez-se necessário naquele momento porque a pesquisadora e sua equipe trabalhavam com crianças com dificuldades de aprendizagem em função de doenças crônicas, e foi pensado em um modo de tornar evidentes as necessidades familiares e as redes sociais de suporte, naqueles atendimentos (HARTMAN, 1978; CORREIA, 2017). Além de tornar visível todo esse contexto, a ferramenta também trazia outra inovação talvez até mais importante: o ecomapa desde seu início é feito a várias mãos, com a participação, inclusive, do próprio usuário(a)-cidadão(ã) ou sujeito índice.

Isto porque Hartman acreditava que esta participação ajudaria os próprios interessados a alcançarem novas percepções sobre sua própria vida e seus problemas, e que isso poderia mudar algumas decisões que fariam toda a diferença para se pensar novas redes sociais de suporte (HARTMAN, 1978; CORREIA, 2017).

Vamos começar por um exemplo fictício de ecomapa. Trago um exemplo que publicamos quando discutimos o referencial de base que é usado para esta ferramenta (SLOMP JUNIOR; MERHY; FRANCO, 2022). Imaginemos que nosso caso é um senhor idoso, com 82 anos, bastante lúcido e ativo, ainda que vivendo com algumas fragilidades (dores articulares e musculares que atrapalham para caminhar, tonturas, entre outras). O chamaremos de Sr. Alberto. Na figura 2 temos seu contexto.

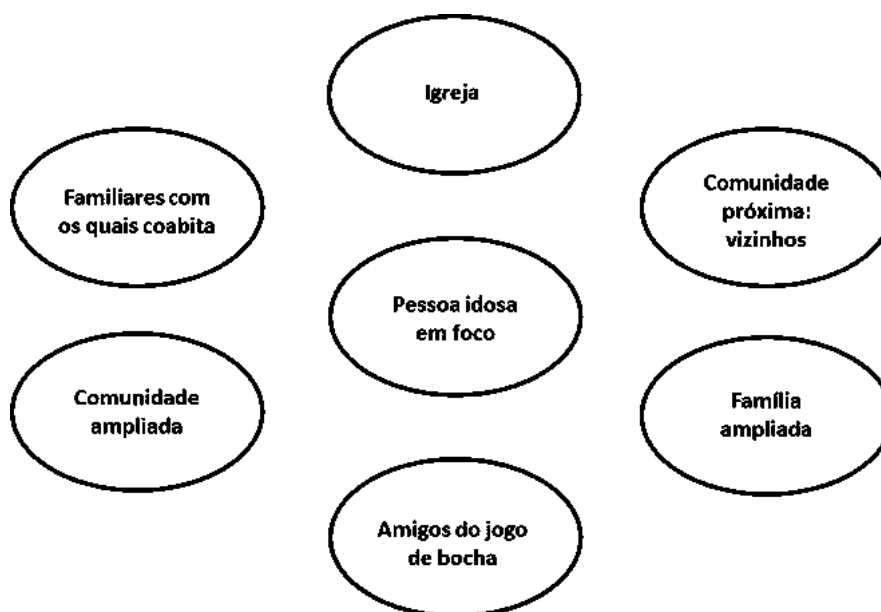


Figura 2. Exemplo de ecomapa aplicado a um sujeito. Fonte: Slomp Junior, Merhy e Franco (2022).

Até agora só sabemos que existem, na vida do Sr. Alberto, os familiares, a comunidade, os amigos do jogo de bocha e a igreja, mas isso é pouca informação, não faz sentido ainda para seu caso. É preciso qualificar essas relações entre ele e seu contexto. Para isso, a invenção do ecomapa foi acompanhada de códigos visuais, que

podemos conhecer na figura 3.



Figura 3. Linhas codificadas para o ecomapa. Adaptado de Jenson e Cornelson (1987), Harold, Mercier e Colarossi (1997) e Correia (2017), apud Slomp Junior, Merhy e Franco (2022).

As linhas codificadas acima são simples e fáceis de desenhar com caneta ou lápis e papel, que é como Hartman fazia quando visitava as famílias, e como muitas das equipes brasileiras de saúde da família, atenção domiciliar ou saúde mental, entre outras tantas áreas de atuação social, fazem até os dias de hoje. Se aplicarmos esta codificação no ecomapa do Sr. Alberto, ele ficaria como na figura 4.

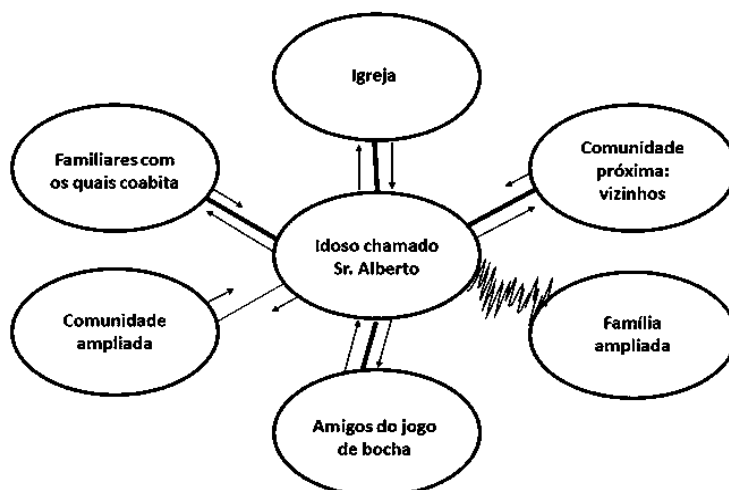


Figura 4. Exemplo “completo” de ecomapa. Fonte: Slomp Junior, Merhy e Franco (2022).

Ora, só de olhar para o desenho podemos pensar que quem participou das conversas para desenhar o ecomapa do Sr. Alberto conheceu algumas de suas relações e as representou no diagrama. Por exemplo, as relações com os familiares e com os vizinhos próximos são fortes, mas nessas relações o “investimento” mútuo, ou seja, o grau de prioridade, de importância que cada um dá para certo relacionamento, não é igual. Isso acontece muito na vida, não? Às vezes alguém quer se aproximar do outro, mas o outro não quer, ou nem sempre quer, ou quer às vezes, ou não pode se aproximar por enquanto, e por aí vai. Vemos que com a comunidade ampliada a relação do Sr. Alberto é de mútuo distanciamento e baixo investimento, e com a família ampliada ou mais distante, há até conflitos. Porém, com os amigos do jogo de bocha há vínculo forte e reciprocidade.

Há um referencial que anima o ecomapa, desde sua criação: o pensamento sistêmico (HARTMAN, 1978; JENSON; CORNELSON, 1987; CAMPOS, 2020). Que importância tem isso na leitura do ecomapa e no uso dessas informações? Ocorre que os usuários do ecomapa costumam usar ao mesmo tempo outras ferramentas de abordagem familiar e comunitária, e todas elas orientadas pela ideia de que tanto a família como a comunidade ao redor são sistemas interligados em um sistema maior, entendendo “sistema” como um conjunto de partes que se interrelacionam, que funcionam em conjunto. Se há problemas, é porque há “disfunção” em algum elemento do sistema familiar/comunitário (BRASIL, 2012a; FERNANDES; FALCETO; WARTCHOW, 2013; CAMPOS, 2020).

Certo, mas, e no contexto do PTS, para que usaríamos o ecomapa? A compreensão que a leitura deste diagrama nos oferece pode ser usada para pensar como se dariam eventuais redes de apoio para o Sr. Alberto, caso seu PTS peça um encaminhamento¹³ nesse sentido. Quem seriam as primeiras pessoas com quem conversaríamos, para pensar em novas propostas de cuidado para ele? Certamente aquelas que já são próximas ou que se preocupam com ele, ou que poderiam se aproximar, em primeiro lugar. Mas não só elas, porque há outras informações relevantes que podem ser obtidas com esta ferramenta.

Como já dissemos, há autores que buscam as possíveis “disfunções” nesse sistema familiar e comunitário, e que efeitos tais disfunções produziram hoje no cuidado em saúde para o Sr. Alberto. No entanto, esta não é a única maneira de se usar o ecomapa. Se pensarmos micropoliticamente esta ferramenta, e este foi um exercício que fizemos (SLOMP JUNIOR; MERHY; FRANCO, 2022), os círculos que vemos no ecomapa não são apenas “sistemas” interconectados ou fragmentos de um sistema, mas também histórias singulares de relações, de diferentes trajetórias que vivemos ao longo de nossas vidas. No capítulo IV vimos o que seria um território existencial, e eis que o ecomapa é outro modo de nos deixar ver as territorialidades que o sujeito vai compondo para si na vida. No capítulo VI veremos justamente as conexões existenciais que fazemos para produzir territórios comuns. O ecomapa é um exemplo de ferramenta que nos ajuda a visualizar essas conexões e territórios.

Pensemos nas relações entre o Sr. Alberto e seus familiares. O ecomapa nos diz que há proximidade concreta entre ele e os familiares com quem mora, no entanto há conflitos com familiares mais distantes. No momento em que se desenha o ecomapa pareceu ser assim. Mas por que é assim? Se compararmos os familiares próximos e os distantes, seriam grupos de pessoas muito diferentes? Ou seriam diferentes os “senhores Alberto” que se apresentam para cada grupo? Sim, somos múltiplos, como vimos no capítulo II, e o Sr. Alberto não seria uma exceção. Entrando na dimensão do tempo, poderíamos perguntar: como ficou assim? Que histórias envolvem essas relações e que acabaram criando a situação que vemos no momento?

Se olharmos para o ecomapa como fotografia de um momento da existência do Sr. Alberto e das pessoas ao seu redor, não podemos desconsiderar as trajetórias das vidas em jogo ali, o que já aconteceu e o que está acontecendo ao mesmo tempo em que são produzidas relações como aquelas, e que acontecimentos¹⁴ são produzidos por aquelas relações e ao mesmo tempo as vêm produzindo. Se estamos interessa-

¹³ Ver capítulo IV para o conceito de agenciamentos de vida e saúde.

dos(as) na dimensão micropolítica que anima aquela cena que estamos conhecendo, questões como estas fazem parte dos encontros de produção do ecomapa, costumam ajudar na compreensão do processo saúde-doença, no aliviar barreiras, e até podem mediar a re/construção de novas alianças para o cuidado em saúde.

Em tempo: como em qualquer cena de cuidado, sempre devemos considerar todos os cuidados éticos que devem acompanhar o trato com a vida dos outros. Podem aparecer situações específicas que peçam outras intervenções, como uma terapia familiar propriamente dita (FERNANDES; FALCETO; WARTCHOW, 2013; DIAS, 2019; CAMPOS, 2020). Portanto, ao conduzirmos um trabalho que entra assim nas vidas das pessoas, é interessante que o façamos com muita calma, com a lentidão e a prudência necessárias, conforme discutiremos no capítulo VII.

O fluxograma analisador e a coordenação do cuidado

Os fluxogramas são diagramas ou representações gráficas com figuras geométricas interligadas por linhas, que servem para representar caminhos, sequências ou fluxos de ações complexas, os chamados “processos”.

Na área da saúde, no Brasil, o uso de fluxogramas, tanto do tipo “descritores” como “analisadores”, começa, segundo o que podemos encontrar na literatura especializada, com experiências do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA) no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), nos anos 1990, que já comentamos no capítulo II (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; MERHY, 1997; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Tratava-se de acompanhar usuários(as)-cidadãos(ãs) do sistema para conhecer os processos de trabalho que se sucediam neste percurso, realizando-se problematizações in loco sobre a organização de serviços e sistemas municipais de saúde com

¹⁴ Ver o conceito de “acontecimento” no capítulo VI.

finalidades de apoiar a reorganização de tais processos, visando o fortalecimento do cuidado ofertado (MERHY, 1997; FRANCO e MERHY, 2003). Das experimentações e de parte do uso posterior que se faz desta ferramenta na saúde, buscamos resumir aqui o fluxograma analisador como uma possibilidade que pode ser interessante em certos PTS, especialmente aqueles nos quais, quando o estamos construindo, ganham cada vez maior importância os problemas relacionados ao percurso do(a) usuário(a)-cidadão(ã) pela rede de cuidados.

Primeiramente, vamos ver a ferramenta em si. Quando dos primeiros usos na saúde, o fluxograma já era usado há pelo menos cinco décadas em áreas como a engenharia de produção ou industrial para avaliar cadeias de produção, e os símbolos então convencionados foram aproveitados e são usados até hoje: uma elipse indica entradas ou saídas, começos e fins de processos; cada retângulo representa pontos onde efetivamente se fazem as coisas, onde o trabalho acontece, onde são consumidos os recursos, onde o trabalho vivo em ato opera intensivamente e também onde se espera produtos; e, por último, os losangos, que representam, quando na verdade ainda se está nos retângulos anteriores a eles, momentos de tomada de decisão para definir se daqui para frente o usuário vai por aqui ou por ali (MERHY, 1997). Há variações desta convenção que não apresentamos aqui, mas que são possíveis na dependência das preferências de cada equipe que está elaborando a ferramenta.

A seguir vamos exemplificar com dois fluxogramas, um que mostra o percurso de um usuário dentro de um único serviço (figura 5), e outro que acompanha o usuário por vários serviços (figura 6).

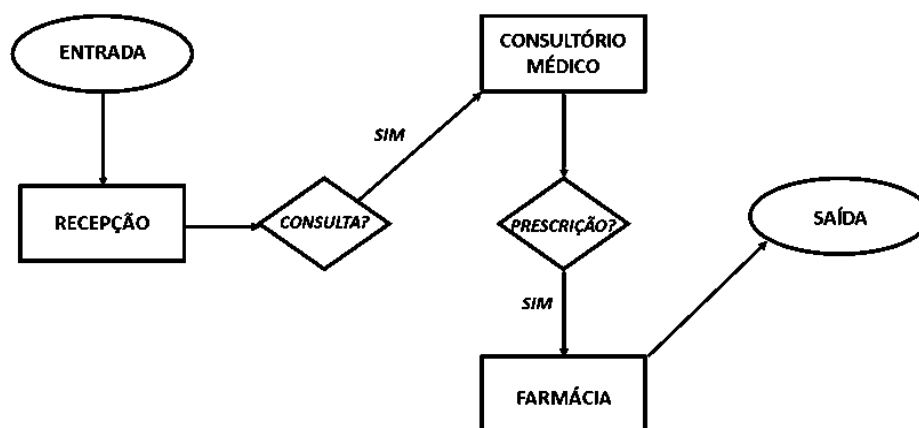


Figura 5. Exemplo de fluxograma básico em uma unidade básica de saúde. Fonte: os autores.

Vamos pensar no caso do Sr. Alberto, já apresentado acima. Este senhor chega na unidade básica de saúde e faz o que qualquer um de nós faria, conversa com quem está na recepção. Até aí estamos descrevendo a ação (fluxograma descritor). A análise começa quando trazemos para a conversa o como foi este primeiro atendimento. O trabalho que se faz na recepção de tais serviços é importantíssimo, exaustivo, exige muitas habilidades específicas e é um lugar onde “acontece de tudo”, como já ouvimos de muitos(as) trabalhadores(as) que conhecemos ao longo de nossa trajetória profissional. Para o Sr. Alberto que está chegando, talvez com dor, assustado, cheio de perguntas, este momento de falar com o pessoal da recepção é decisivo: é tanto o começo do acolhimento que ele tanto precisa, e que vai obter ou não, como também do acesso às ofertas para seus problemas de saúde.

Imaginemos uma situação comum, a servidora da recepção ouve do Sr. Alberto que ele precisa se consultar com o médico, porque alega que tem tido tonturas fortes há dois dias. Ela verifica a agenda do médico de família que atende na unidade, busca seu prontuário e “encaixa” uma consulta para o Sr. Alberto, que acontece no mesmo dia. A consulta é outro momento “produtivo” do processo de trabalho da equipe, por isso novamente um retângulo, e nos caberá, quando da análise, problematizarmos so-

bre o papel que ela teve neste percurso do Sr. Alberto, como foi a clínica ali ofertada, que cuidado o Sr. Alberto recebeu e se houve abertura para a um encontro cuidador¹⁵

A consulta médica é chave neste exemplo simples, pois é o centro das ações aqui. Nem todos os casos serão – e nem deverão ser – centrados no profissional médico, já que na atenção básica devemos contar com uma equipe multiprofissional e muitas são as ações cuidadores possíveis. Seja como for, sempre estaremos atentos(as) para as análises: como a equipe atuou ou tem atuado em situações como esta? Como a pessoa se sentiu em cada ponto do percurso? Suas necessidades em saúde foram contempladas? Quais tecnologias de cuidado foram utilizadas e como? Enfim, apenas alguns exemplos de questões que aparecem quando queremos que o fluxograma seja mesmo “analisador”, já que a análise pede perguntas.

O médico então faz uma prescrição para o Sr. Alberto, que obtém o medicamento em uma pequena farmácia localizada na própria unidade de saúde, onde foi muito bem atendido. Vai para casa e inicia seu tratamento. Outros desdobramentos vão acontecer na rede de saúde à qual pertence esta unidade, que veremos no próximo fluxograma (figura 6).

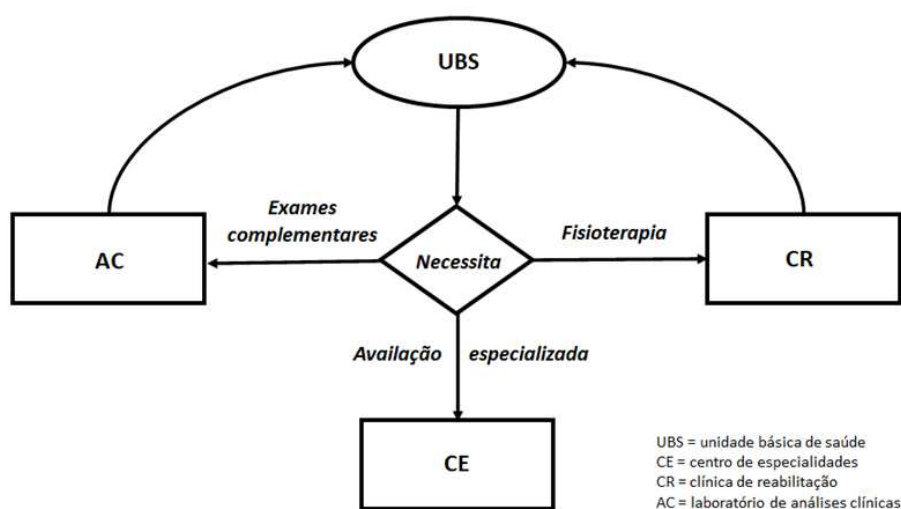


Figura 6. Exemplo de fluxograma básico de um percurso em rede de saúde. fonte: os autores.

Na consulta que teve na unidade de saúde, o médico explicou ao Sr. Alberto que seria necessário um parecer de um especialista em neurologia, já que suas tonturas eram acompanhadas de dores de cabeça; mas ao mesmo tempo seria necessário solicitar exames para controle da hipertensão arterial, que já era um problema do Sr. Alberto, acompanhado ali na unidade havia vários anos. O Sr. Alberto, tirando um papel do bolso e apresentando-o ao médico, aproveitou para pedir nova solicitação de sessões de fisioterapia, pois faz tratamento para sua lombalgia, na clínica foi recomendada.

Na figura 6, representamos então estas decisões, que por sua vez geraram encaminhamentos ou referências para outros serviços da rede (centro de especialidades, clínica de reabilitação e laboratório de análises clínicas), sendo que os dois últimos operam em rede pois contrarreferenciam o usuário para a própria unidade de saúde sempre que necessário (o laboratório enviando os resultados e a clínica de reabilitação recomendando continuidade ou não dos procedimentos, agregando um parecer). No fluxograma do Sr. Alberto identificamos também uma interrupção do percurso no centro de especialidades, que não “devolveu” o caso para a UBS, ao contrário, o médico especialista fez seus procedimentos e ignorou a continuidade do caso, não tendo existido, portanto, a chamada contrarreferência, aliás fato muito comum nas redes de saúde brasileiras.

Como fizemos quando analisamos etapas na unidade de saúde, podemos problematizar o cuidado obtido em cada ponto do fluxograma (centro de especialidades, clínica de reabilitação e laboratório de análises clínicas). Como o Sr. Alberto foi atendido em cada um deles? Houve um acolhimento? Foi bem orientado? Sentiu-se cuidado? Que tecnologias de cuidado foram praticadas e como? Ou podemos identificar algum nó crítico no percurso do Sr. Alberto pela rede e que importância isso tudo tem para seu PTS?

¹⁵ Ver a discussão sobre o cuidado no capítulo I.

Com certeza a figura 6 seria muito maior se representássemos todos os percursos de um caso real. Nem chegamos a incluir o hospital, por exemplo. Mas somente nestes poucos passos dados o fluxograma já mostra seu potencial analisador, ao permitir problematizar cada processo de trabalho de cada ponto da rede que o usuário vai encontrando pelo caminho, bem como o conjunto de todos os processos de trabalho que se somam na oferta em rede para aquele caso. Este somatório é o que muitos autores chamam *linha de cuidado*, uma reorganização dos fluxos assistenciais visando garantir a integralidade da atenção à saúde para certos modos de adoecimentos, “fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, pg. 130).

Já tivemos no Brasil – e podemos voltar a ter – a organização de linhas de cuidado para várias condições clínicas, e cada uma delas pedindo uma rede de atenção à saúde própria. Algumas destas linhas de cuidado poderiam contemplar as necessidades do Sr. Alberto, como por exemplo a linha de cuidado cardiovascular, entre outras. Seja como for, o que deve orientar a organização de uma linha de cuidado são os projetos terapêuticos, e uma das ferramentas para a análise dessas linhas pode ser o fluxograma analisador. Por exemplo, o fluxograma do percurso do Sr. Alberto pode nos ajudar a analisar o grau de coordenação do cuidado desta rede e vamos falar sobre isso um pouco, pois tem consequências para o projeto terapêutico que estamos construindo.

A coordenação do cuidado e o projeto terapêutico

Já vimos no capítulo I o que chamamos de atenção à saúde, este mundo onde as muitas práticas clínicas se inserem e que seria o conjunto de programas e serviços de saúde organizados para atender às necessidades em saúde de uma população (CAMPOS; BATAIERO, 2007), e que segundo Starfield (2002), não pertence somente a uma equipe profissional, mas às várias equipes distribuídas em diferentes serviços de uma rede. Portanto a atenção deve ser compartilhada, o que a autora chamava coordenação da atenção: “estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” (pg

365). Nesse sentido, defendia a necessidade de garantia da continuidade da atenção, ou a devida transferência de informações sobre a sequência de episódios de um mesmo problema de saúde do usuário e os respectivos atendimentos ao longo da rede. Também apontava os possíveis nós críticos para se conseguir isto: estabilidade dos profissionais/equipes nos serviços, sistemas de informação completos e corretamente alimentados e rotinas adequadas no trabalho.

A noção de coordenação do cuidado parte da de coordenação da atenção, que vimos acima, para ir mais além (embora tais conceitos por vezes sejam tomados como intercambiáveis). A depender da vertente, são acrescentados elementos relacionados às diferentes concepções de cuidado em saúde¹⁶. Há quem afirme que sim, é preciso facilitar a transferência de informações e repensar os serviços existentes de acordo com as necessidades do usuário(a)-cidadão(ã) e da comunidade, mas também há que se ter uma maior atenção para as responsabilidades envolvidas e para o trabalho em equipe, mais do que tão somente para o trabalho médico, com ênfase na comunicação interpessoal (MCDONALD et al., 2014). Neste modelo, são utilizadas várias estratégias, como metas de autogestão e gestão de casos, bem como propostas para possibilitar um plano proativo de cuidado. À gestão do cuidado é colocado o desafio de mudanças permanentes e por isso é necessário capacitar, apoiar, acompanhar e monitorar as equipes para se ter coordenação para a saúde.

No Brasil, contamos em nossa política pública de saúde com uma formulação de coordenação do cuidado que até hoje marca nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e a produção científica correlata (BRASIL, 2012b). Para esta vertente, o foco é na organização e o acompanhamento do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde, articulando também outras estruturas intersetoriais, públicas ou não, e sempre que necessário implica em responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários. A imagem-objetivo é a produção de relações horizontais, contínuas e integradas,

¹⁶ Já apresentamos o conceito de cuidado em saúde no capítulo I.

e portanto uma gestão compartilhada de uma atenção integral à saúde, que deveria ser o objetivo maior de um trabalho integrado em rede. A coordenação do cuidado seria, então, atuar como o centro de comunicação entre esses diversos pontos, elaborando e acompanhando projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2012b).

Nas formulações de coordenação do cuidado que comentamos acima está implícita uma idéia comum, que é a necessidade de coordenar não somente a gestão do caminhar do caso clínico por uma rede de serviços, garantindo a efetividade da atenção à saúde, mas também ativar o olhar do PTS para colocar em análise o cuidado que é ofertado em cada serviço que compõem este caminhar e produzir interferências neste cuidado. Quando, na elaboração de um PTS, sugere-se que haja pontos críticos relacionados ao percurso do(a) usuário(a)-cidadão(ã) por uma rede de saúde, o fluxograma analisador pode ser uma ferramenta útil para explicitar como se dá a produção do cuidado nesta rede, trazendo mais elementos para a construção de um plano de cuidado, dando visibilidade à coordenação do cuidado que está sendo praticada.

Referências

AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 327–30, 1 maio 2007. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. v. 02, .
BRASIL (Org.). Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b((Série E. Legislação em Saúde)).

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 11, n. 23, p. 605–618, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

CAMPOS, F. A. A. C. Terapia familiar: contribuições a prática clínica em saúde mental. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 115–1526, 23 set. 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2462>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CORREIA, R. L. O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 67–87, 10 fev. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4263>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [eBook]*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1, p. 910–940.

FERNANDES, C. L. C.; FALCETO, O. G.; WARTCHOW, E. S. Abordagem familiar. In: DUNCAN, B. B. et al. (org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. v. 1, p. 86–98. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1079463>.

FRANCO, Tulio Batista. O fluxograma e o projeto terapêutico em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161–198.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 345–353, abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 nov. 2020.

FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde

de: A organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125–134.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. (org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 135–160.

HARTMAN, A. Diagrammatic Assessment of Family Relationships. *Social Casework*, [S. l.], v. 59, n. 8, p. 465–476, out. 1978. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104438947805900803>. Acesso em: 23 jan. 2021.

JENSON, K.; CORNELSON, B. M. Eco-maps: a systems tool for family physicians. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, [S. l.], v. 33, p. 172–177, jan. 1987.

MCDONALD, K. M. et al. *Care Coordination Atlas Version 4*. 4. ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014(AHRQ Publication.). Disponível em: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71–114.

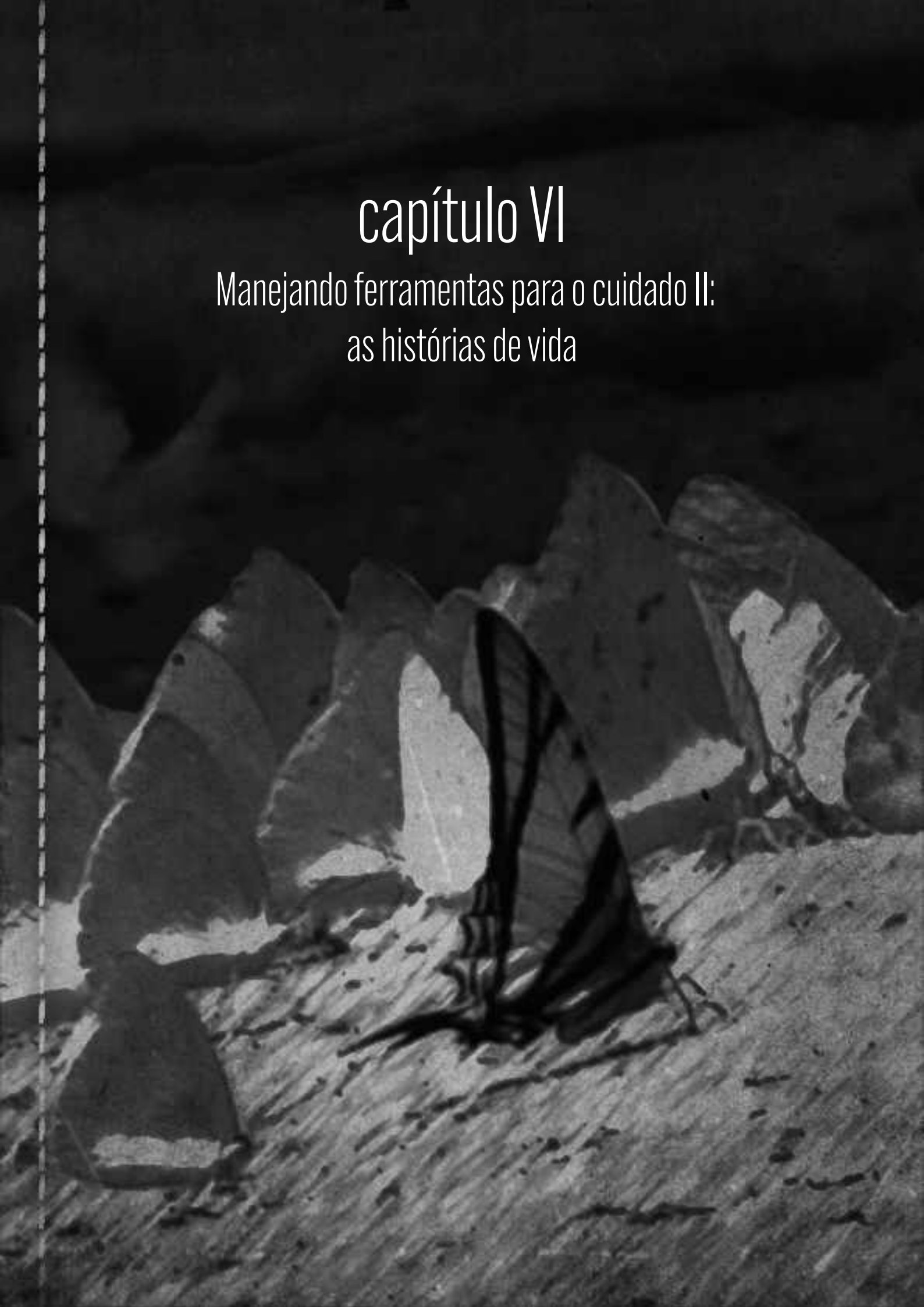
MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde debate*, [S. l.], , p. 83–9, 1991. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-150871>. Acesso em: 12 out. 2020.

SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O mapa das redes de conexões existenciais: uma leitura micropolítica da ferramenta ecomapa. *Saúde em Redes*, [S. l.], , p. No prelo, 2022.

STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. p. 365–415.

capítulo VI

Manejando ferramentas para o cuidado II:
as histórias de vida



CAPÍTULO VI

Manejando ferramentas para o cuidado II: as histórias de vida

Conceitos e proposições centrais

Reconstruir a história de vida é dar voz à memória, pessoal e coletiva, como edição atual da própria vida.

Principais finalidades da história de vida na elaboração de um PTS: dar voz a múltiplos olhares-escutas-pensares-sentires; facilitar a compreensão das singularidades envolvendo a saúde, o adoecimento e o sofrimento; reforçar o vínculo; e produzir sentidos do cuidado para o(a) usuário(a).

Busca-se não causalidades ou cronologias, mas acontecimentos: aquilo que, em certo momento de nossas vidas, sob certas condições, nos fez passar a pensar-sentir-agir-dizer e se relacionar de outro modo.

Uma caixa de sensibilidades para rastrear acontecimentos é buscar percorrer as várias histórias que se entrelaçam em uma vida: das enfermidades e relações com serviços formais de saúde, das redes vivas de cuidado, assim como as trajetórias de vida que incluem os núcleos de familiaridade, os territórios da vida comum, as redes de conexões existenciais e os momentos de virada.

Seguimos com mais um capítulo apresentando exemplos de ferramentas que podem enriquecer nosso percurso de construção do projeto terapêutico singular (PTS). Já assinalamos no capítulo anterior e repetimos aqui: a proposta que norteia este livro é pensar o PTS como uma caixa de ferramentas, discussão que desenvolvemos no capítulo III. Para este livro selecionamos apenas três ferramentas para discussão (eco-mapa, fluxograma analisador e histórias de vida), por serem elas ricas para análises sob uma ótica micropolítica da realidade, que é a que usamos para o PTS, entretanto tais

escolhas não excluem outras tantas possíveis que estão disponíveis no rico campo da saúde coletiva/mental brasileiras, ou a serem inventadas em ato, porque fazer funcionar um PTS sempre vai pedir novas ferramentas o tempo todo.

História da vida de quem?

Se estamos no contexto de um PTS, sempre que possível olhamos pelo menos um pouco para a história de vida, pois nosso trabalho ganhará muito com isso, como veremos a seguir. Mas para que mesmo história de vida quando o assunto é saúde? História da vida de quem, quem merece esta atenção especial que toma um tempo nem sempre disponível para quem cuida? Qual das vidas à nossa frente ganhariam prioridade para tal investimento de tempo? Em geral a pessoa que ocupa o centro das atenções para o PTS, o(a) usuário(a)-cidadão(ã) que protagoniza o “caso” muitas vezes “difícil”, como vimos no capítulo II, é que será o(a) alvo preferencial de uma busca da história de vida, mais complexa. Mas também pode ser alguém que convive com essa pessoa, que a equipe entende que é chave para o cuidado, como por exemplo o(a) cuidador(a) (BERTUSSI; FEUERWERKER; LOUVISON, 2016).

História de vida para quê?

Nos empenhamos em dar luz à vida e sua história por quatro motivos principais, entre outros: i) a história de vida é uma ferramenta potente para dar voz e clareza aos diferentes pedidos, necessidades, convicções, perspectivas, afetos e conflitos em jogo, e, já vimos nos capítulos anteriores, o PTS só existe quando há abertura para essas vozes; ii) a história de vida possibilita outra compreensão das singularidades envolvendo a saúde, o adoecimento e o sofrimento naquela vida que está à nossa frente, igualmente uma finalidade do PTS; iii) ao qualificar os canais de comunicação e de compreensão, a história de vida produz mudanças nas relações equipe/profissional x usuário(a), reforçando o vínculo; e, por último, mas não menos importante, iv) o PTS só fará sentido no cuidado em saúde se também fizer sentido no contexto desta vida que agora nos procura em busca de cuidado, a personagem principal deste trabalho

todo. Ao final, esperamos que o esforço de trazer a história de vida para o trabalho de elaboração do PTS possa contribuir para a potencialização do cuidado.

Com a história de vida em cena mudamos o lugar de onde estamos olhando para a mesma situação, assumimos outro ponto de vista, no entanto, neste e em outros pontos de vista podemos ainda adotar diferentes “vistas do ponto” (MERHY, 2015). Ou seja, dois fotografos posicionados no mesmo lugar, não terão necessariamente o mesmo ponto de vista, pois terão diferentes “vistas” do mesmo “ponto”. Agora imaginemos a multiplicação de possibilidades quando eles se deslocam e se colocam em vários pontos alternadamente. Portanto, tentarmos mudar o ponto de onde olhamos, ou ainda compor vários olhares de um mesmo ponto, é uma estratégia para alargar nossa capacidade de olhar e ver, de ouvir e escutar, de sentir e de pensar. Um desses pontos é a “clínica”, mas não é o único.

Sem dúvida, sempre há mais coisas envolvidas. No capítulo I pudemos falar sobre o cuidado como encontro intercessor, que não se trata tão somente da justaposição de pessoas, mas de uma mútua afetação, uma mútua interferência, e que nos pede clareza quanto ao projeto ético, estético e político¹⁷ que nos orienta. Pois temos visto que reconstruir uma história de vida ou partes dela funciona como um facilitador desses encontros no cuidado (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015). Segundo Carvalho e Costa (2011), “o processo de narrativa de memória de vida produz-se como potencial agenciador de encontros: do narrador com suas memórias, com seu ouvinte, com as releituras, com os desejos” (pg. 71).

O problema da causalidade

Em medicina e em várias profissões da saúde temos o hábito de pensar na lógica da causalidade, desde sempre talvez, mas certamente desde que autores preo-

¹⁷ O que chamamos de “projeto ético-estético-político” foi discutido no capítulo I.

cupados com a necessidade de um método científico, como Francis Bacon (Inglaterra, 1561-1626), e mais especificamente um método experimental, como Claude Bernard (1813-1878), nos fizeram pensar que os fenômenos observáveis sempre têm uma causa, algo que os fez serem assim, e nossa ciência poderá conhecer esta(s) causa(s) se realizar os experimentos certos. Isaac Newton (1643-1727) afirmava que a natureza tal qual conhecemos obedece a “leis universais”, a uma mecânica que cabe ao cientista revelar. Causas e mecanismos, isso tudo tem nos ajudado em tarefas importantes, sem dúvida, temos um corpo científico que resultou em indiscutíveis avanços na proteção da vida. No entanto, a realidade da saúde precisa ser vista em toda a sua complexidade, e, no estudo do adoecimento e, principalmente, do sofrimento, nem tudo segue a lei da causalidade, e é onde entram as histórias de vida.

A reconstrução de uma história de vida, quando estamos cuidando de uma pessoa ou de uma família, na área da saúde, exige de nós um desprendimento de ideias pré-concebidas de cronologia e causalidade. Tudo na vida sempre tem uma causa, e certas coisas precisam ocorrer antes para que outras ocorram? Não necessariamente, nem tudo é uma infecção, por exemplo, que aliás também não tem no microorganismo sua única “causa” e que também produz efeitos na vida que não dependem somente do agente etiológico. Pode ser que várias coisas tenham “causado” aquela situação de adoecimento que está à nossa frente em um certo momento, e na verdade nenhuma delas seja capaz de responder por isso, eis o que é muito mais comum encontrarmos no cotidiano. E mais, essas várias “causas” não são independentes entre si, e, portanto, nem sempre é possível combater uma a uma para resolver o problema supostamente resultante do conjunto delas. Ao contrário, cada conjunto de coisas que nos adoecem se encontra com a versão de nós¹⁸ naquele momento, uma composição única, um encontro singular, um acontecimento.

Estamos propondo buscarmos em nossas histórias de vida as redes de aconte-

¹⁸ Ver discussão sobre os conceitos de singularidade e multiplicidade no capítulo II.

cimentos e seus entrelaçamentos, e não possíveis “causas”, pois isso é tarefa da anamnese clínica, que também fazemos, mas em outros momentos, ou no mesmo momento mas com a clareza de que são coisas diferentes.

O que mesmo estamos chamando, aqui, de história de vida?

Para Queiroz (1988) uma história de vida é “o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu” (pg. 20). Já Bassit (2002) a vê como “conjunto de recursos metodológicos que tem a finalidade de apreender e registrar as experiências das pessoas durante o curso de suas vidas” (pg. 175).

Muitas são áreas do conhecimento ou disciplinas nas quais se tem usado a história de vida: em várias atividades clínicas (por exemplo psicologia, psicanálise, algumas áreas da medicina, entre outras profissões da saúde), na sociologia, na formação profissional (saúde, educação), na história, na antropologia, no jornalismo, na literatura, no cinema, só para citar algumas que conseguimos levantar quando da finalização deste capítulo (BASSIT, 2002; GONÇALVES; LISBOA, 2007; GULLESTAD, 2005; JOSO, 2006; QUEIROZ, 1988; THOMPSON, 1998). Duas são as finalidades mais comuns apontadas para esse uso, em geral: a pesquisa e como recurso auxiliar para qualificar as mais variadas intervenções, que eventualmente se quer fazer em diversos cenários sociais.

Em nossos coletivos de pesquisa, quando estudamos o cuidado em saúde nos mais variados cenários e projetos, usamos a história de vida não para reconstituir e documentar os fatos em si, mas para dar voz à produção da memória. Por isso, alguns(mas) de nós gostam de chamar “reconstrução” este ato de lembrar a vida, ou ainda poderíamos dizer “reconstrução do passado”, concordando com certos(as) pesquisadores(as) de outras áreas do conhecimento (BASSIT, 2002; CARVALHO; COSTA, 2011; THOMPSON, 1998).

Não se pode negar que a memória é “falha”, factualmente falando, pois o conjunto de coisas que lembramos é formado por tudo aquilo que se quis lembrar, mais tudo aquilo que se quis esquecer, ou que não se consegue lembrar (PORTELLI, 2000). Certas passagens da vida ganham mais ênfase, outras são silenciadas, porque “a produção de memória é um processo de edição da própria história, com recortes e relevos criados pelo próprio narrador” (CARVALHO; COSTA, 2011, pg. 69). Para Thompson (1998), autor referência da chamada “história oral”, o que é instigante é justamente buscar compreender porque houve tal seletividade: se algo foi omitido ou distorcido, isso também é “fonte”, quando em uma pesquisa. Ou seja, neste livro concordamos com estes(as) autores(as): queremos conhecer justamente a seletividade e as edições que vêm com a memória, tomá-las como relevantes em si, porque tudo isso faz parte da produção da memória, mas também consideramos que esta produção é sempre um ato de presentificação existencial, e não só de lembrança.

Enfim, quando surgem fatos duvidosos na história de vida, ou que teriam versões diferentes se ouvidas outras pessoas, não se trata de “mentira”, mas de combinações originais de lembranças, imaginação e invenção, porque a memória está no presente, e não terminou, não termina nunca, é um processo em andamento, um conjunto de lutas que estão sendo travadas em nós (AMADO, 1995; PORTELLI, 2000). O importante para nós, que estamos interessados em um projeto terapêutico, não é mapear fatos que sejam “verídicos” frente a outros que não o seriam. Isso porque a reconstrução de histórias de vida no cuidado em saúde desobriga-se de estabelecer relações causais entre esses fatos (tal coisa que aconteceu “causou” este problema de saúde...). Buscamos outra coisa reconstruindo uma história de vida: a memória dos acontecimentos, mas só a alcançaremos se relativizarmos nossa sede de causalidade.

História de vida como palco dos acontecimentos

Não é qualquer fato ou evento que se passa em nossas vidas que vale a pena ser contado novamente. Ainda bem, porque neste caso as histórias de vida seriam tão extensas que seria impossível reconstruí-las em pouco tempo, e um tempo tão grande

ou maior para poder explorá-las. Mas alguns fatos ou eventos sim, devemos registrar, quando interessados nas singularidades em torno da saúde. E quais seriam? Se fosse nossa própria história de vida em jogo, seríamos os(as) primeiros(as) a dizer o que nos transformou em alguma medida, qual seria aquele acontecimento que, em certo momento de nossas vidas, e sob certas condições, nos fez pensar e agir de outra maneira, a dizer coisas diferentes, a mudar o modo de conduzir nossas relações. Em uma pesquisa demos o nome de “momentos de virada existencial” a tais alterações de rota nas coisas da vida (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015).

Sim, sempre há um antes e um depois do acontecimento: “um acontecimento surge onde nada se produzia, onde se estagnava na pura redundância. Surgimento (...) de um processo de singularização” (GUATTARI, 2006, p. 85). Nas histórias de vida quem narra já prioriza os acontecimentos, faz parte da seletividade de que falamos acima, e de nossa parte temos que valorizar esta oferta. “Acontecimento” aqui para nós não é só o fato que ocorreu, o evento em si, mas o conjunto de efeitos advindos do encontro intercessor que ele produziu, que mudanças deixou, sejam elas intempestivas, fortes, ou ao contrário discretas, lentas, suaves mas duradouras. Quando contamos um pouco de nossa história de vida, por vezes nos ouvimos dizendo “não sou mais a mesma depois daquilo”, ou “hoje sou outra pessoa”. Guattari (2006), por exemplo, escreveu que “o acontecimento é inseparável da textura do Ser que emergiu” (p. 103).

Se as histórias de vida são muito utilizadas em diferentes atividades de diversas áreas do conhecimento e com diferentes finalidades, cada linha de trabalho escolhe quais seriam os procedimentos a serem usados para compor as informações sobre a vida em questão, quais devem ser buscadas e o que fazer com estas informações, ou seja, como processá-las e analisá-las. Uma das técnicas muito utilizadas é a “biografia”, ou seja, um relato cronológico dos fatos e eventos ao longo da vida comprometido com a fidelidade do que aconteceu. Mas com histórias de vida para o PTS precisamos pensar um pouco diferente. Quando nos aproximamos de uma vida para melhor conhecê-la, podemos fazê-lo sem ficarmos presos a uma cronologia biográfica linear, ou a uma ordem pré-estabelecida por nós a respeito da importância de um fato frente

a outro. Vamos, enfim, abrir mão de querer estabelecer sempre uma “hierarquia” dos eventos e acontecimentos naquela vida e deixar aparecer aquela história do modo como emergir, já que ela é ao mesmo tempo muitas e diferentes trajetórias entrelaçadas, como discutimos nos capítulos II e V.

Se não vamos fazer um inventário de todos os fatos que se desenrolaram ao longo daquela vida, por outro lado temos o compromisso de mapear todos os acontecimentos nela? Não. Um ou poucos acontecimentos podem ser suficientes para ampliar nossa compreensão sobre um certo adoecimento, sobre os sofrimentos em jogo e também sobre as possibilidades de se pensar em ações para produzir mais saúde, e assim nos ajudar na composição das estratégias de cuidado.

E mais, os acontecimentos de uma vida sempre vão conversar com os acontecimentos de outras vidas, e até mesmo com os de nossa própria vida, seja quando estamos ali escutando e registrando um relato, seja por um tempo depois disso. Este encontro de produção de uma história de vida é, em si, mais um encontro intercessor e, portanto, mais um acontecimento. Aprendemos muito ao fazer este trabalho, aprendemos no plano do pensamento (cognitivamente), dos sentimentos (afetivamente) e dos nossos valores na vida (existencialmente), a isso chamamos experiência, como veremos a seguir. Esses “conhecimentos” não se colocam somente na mente, mas no nosso “corpo”, naquele sentido que Spinoza dava a esta palavra, que pode ser conferido no capítulo I. Todo esse novo conhecimento vai compor a outra compreensão que passamos a ter sobre o caso do qual cuidamos e sobre nós mesmos(as).

No próximo capítulo veremos um pouco sobre como elaborar um PTS, sobre as cenas de trabalho que armamos para fazê-lo e nas quais também vamos reconstruir a história de vida. Mas neste capítulo vamos nos deter naquilo que podemos levar para esses encontros, em nossa caixa de ferramentas. Repetimos o que escrevemos no capítulo III para o PTS como um todo: o que veremos a seguir não se trata de um roteiro fixo, uma lista de tópicos para funcionarem como um *check list* ou algo do gênero, mas sim certas “sensibilidades” que precisamos desenvolver em nós para aspectos da his-

tória do(a) outro(a), pois darmos atenção e esses aspectos nos ajudará a encontrar os acontecimentos. Não precisamos nem devemos obter informações sobre tudo o que vamos comentar daqui por diante, talvez um ou dois desses eixos sejam suficientes para o caso de que estamos cuidando. Também não há uma ordem fixa nem para perguntar/anotar nas entrevistas (ver isso antes, depois perguntar sobre aquilo), nem para registrar, ao ouvirmos uma versão da história de vida. Se preferir a ordem cronológica das coisas, muito bem. Se não, tudo bem também. Desde que o produto faça sentido para todos(as) os(as) envolvidos(as).

Uma caixa de sensibilidades para rastrear acontecimentos

O conceito de história de vida que temos tecido até agora é um produzir intensivo de memória, partindo do lembrar dos acontecimentos que produziram e produzem efeitos na vida como ela é hoje. Então, como buscar tais acontecimentos? Em quais aspectos temos que focar nossa atenção quando estamos fazendo este trabalho? O que merece ser iluminado em primeiro lugar, para abrir a fala? A seguir vamos tratar um pouco sobre ferramentas dentro da ferramenta.

Nunca esqueçamos, para que uma história de vida que faça sentido possa aparecer diante de nós, quem vem primeiro é a experiência de quem a viveu e a vive agora, e não um conjunto de coisas que nós, clínicos(as) ou pesquisadores(as), queremos colar nesta vida. Acima já trouxemos o conceito de experiência como um aprendizado cognitivo, afetivo e existencial, um conjunto de marcas em nossos corpos. Tal aprendizado depende de como processamos nossas vivências, que efeitos elas produzem em nós. Uma passagem de Bondía (2002) tem sido muito citada: “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.” (pg. 21). Por isso, quando partimos para a reconstrução de uma história de vida, é preciso ter uma direção, aguçar nossa sensibilidade para alguns caminhos que aquela vida foi percorrendo, pois queremos dar expressão aos acontecimentos que habitam aquela experiência.

Além de aguçar essa nossa sensibilidade, é preciso estarmos preparados(as) para as imprevisibilidades próprias de qualquer entrevista e termos à mão uma “caixa de sensibilidades”, que amplia nossa capacidade de poder se abrir para a narrativa do outro, mesmo que não vá na direção que tínhamos como expectativa. Por exemplo, se a conversa caminha para um lado que não diz respeito ao nosso objetivo, ou porque a pessoa gosta de contar coisas e escolhe assuntos que não têm a ver com os acontecimentos importantes, ou porque passa a tratar de assuntos muito mais da ordem do sofrimento psíquico, que pede abordagens terapêuticas especializadas¹⁹, ou por qualquer outro motivo que o(a) entrevistado(a) em seu pensar/sentir em ato vai narrando, necessitamos ter conosco esta “caixa de sensibilidades”, veremos que sempre nos ajuda.

Essa caixa de sensibilidades que propomos aqui foi inspirada em uma formulação para construção de casos que trouxemos de uma pesquisa sobre saúde mental realizada em Campinas-SP (MERHY; FEUERWERKER; SILVA, 2012), voltada para o acesso e barreira ao sofrimento psíquico. Nesta pesquisa usou-se histórias de vida como estratégia de investigação, proposta que adaptamos a seguir no quadro 5.

Quadro 5. A caixa de sensibilidades para rastrear acontecimentos na reconstrução de uma história de vida na saúde (adaptado de MERHY; FEUERWERKER; SILVA, 2012).

I	História das enfermidades, das relações com serviços formais de saúde, e das redes vivas de cuidado
II	Trajetórias de vida:

¹⁹ Qualquer encontro pode nos trazer surpresas neste sentido. É preciso prever sua possibilidade e muitas vezes abrir mão da intenção prévia de reconstruir a história de vida, neste momento, adia-la talvez, para organizar as ações cuidadoras que aquele sujeito precisa.

- História dos núcleos de familiaridade
- História dos territórios da vida comum
- História das redes de conexões existenciais
- Momentos de virada

A seguir vamos comentar cada um destes aspectos de nossa caixa de sensibilidades para rastrear acontecimentos na reconstrução de uma história de vida na saúde.

História das enfermidades, das relações com serviços formais de saúde e das redes vivas de cuidado

Para começarmos, quando da discussão sobre o tema do cuidado, no capítulo I, nos ativemos ao caso clínico e sua relação com o projeto terapêutico. Pelo que escrevemos naquele capítulo fica claro que atentarmos primeiramente, entrevistadores(as) e entrevistados(as), para a história das enfermidades, que inevitavelmente remete o caso clínico com sua lista de diagnósticos e tratamentos ao longo da vida, costuma ser uma etapa inevitável, pois justifica os primeiros encontros. E, de fato, são aspectos relevantes na história de vida de alguém que busca cuidado em saúde e que serão mesmo lembrados em primeiro lugar, especialmente se o(a) entrevistado(a) sabe que quem está à sua frente é um profissional de saúde. Mas também é importante que estejamos preparados(as) para levar esta conversa de um modo diferente da “história mórbida ou patológica progressa” ou dos “antecedentes mórbidos ou patológicos progressos”, objeto da anamnese clássica da semiologia/propedêutica médica. Supondo que os nexos explicativos de fisiopatologia ou causalidade do processo atual de adoecimento já estão sendo analisados pelo saber clínico, queremos agora que este relato nos permitirá olhar para cada adoecimento como um ou mais acontecimentos que produziram

efeitos e até momentos de virada, naquela vida, e que às vezes podem ter passados despercebidos por nós, até pelo nosso modo já muito instituído de ter um raciocínio muito causal em relação à existência dos sintomas e da associação com causas diagnósticas que vamos pensando o tempo todo. Precisamos manter uma certa distância desta ansiedade que nos ocupa, nestes momentos.

Dissemos acima que não costumamos nos prender a cronologias, quando trabalhamos com histórias de vida para o cuidado. Mas não vemos problemas em se desenhar uma *linha do tempo dos adoecimentos*, se o caráter visual ajudar na compreensão do caso e na organização do plano de cuidados. Não é um procedimento indispensável a ser usado em todos os casos, mas em alguns, especialmente naqueles que trazem consigo muitos adoecimentos, pode ser útil para organizar o pensamento coletivo.

Também é proveitoso se registrarmos a história das relações com serviços formais de saúde que aquela pessoa já teve, ou precisava e não conseguiu acessar, no atual momento e antes. Podemos conversar sobre como se deram essas relações, o quanto elas foram cuidadoras para aquela pessoa, sua regularidade, se conseguiu acessar os procedimentos técnicos de qualidade que buscava (ou não), se obteve o cuidado esperado, enfim. Estamos falando aqui dos serviços de saúde que estão disponíveis na região onde aquela pessoa mora e que acessou ou tentou ou tentará acessar. Tais redes incluem os fluxos instituídos de encaminhamentos entre os serviços, que costumam ser apresentados como se sempre fossem do jeito que são apresentados a nós. A tudo isso podemos chamar redes formais ou “analógicas” de saúde (MERHY et al., 2014), que são redes que obedecem a um movimento sequencial, como o subir de uma escada, antes o primeiro degrau, depois o segundo, depois o terceiro e assim até chegar no final da mesma, ou seja, há uma relação linear obrigatória de movimentos.

Enfim, se depois de tudo isso, e ao mesmo tempo, voltarmos o olhar para os cuidados de saúde que nosso(a) personagem principal acessa ou deixa de acessar, agora

é mais fácil compreendermos a história das redes vivas de cuidado em saúde que vão sendo costuradas de um lado a outro, sempre que há necessidades em saúde e que ações cuidadoras acontecem, por dentro e por fora das redes formais dos serviços de saúde.

As redes analógicas ou formais de saúde tendem a ser comandadas por uma burocracia, que pode ou não ser colocada a serviço do usuário, garantindo acesso ou criando barreira. Sem contar as pressões que os vários serviços de saúde sofrem, em nosso país, em função da sempre crescente demanda versus uma capacidade de resposta sempre ameaçada, em especial no momento em que escrevemos este livro.

A quem busca o cuidado e a quem cuida resta, frente a esta rede formal mais ou menos permeável, garimpar o cuidado que se tem necessidade, que pode estar em atalhos, frestas por dentro das redes analógicas. As redes vivas de cuidados em saúde correspondem aos encontros cuidadores, e mesmo ofertas pontuais, que vão acontecendo em função das relações que são construídas ou retomadas para garantir o cuidado por dentro ou apesar das redes formais (MERHY et al., 2014). Muitas vezes nós mesmos, profissionais de saúde, abrimos atalhos ou hiperlinks para que nosso usuário possa ser cuidado, outras vezes ele, ou sua família ou amigos(as) o fazem. Na história de vida nos interessamos pela história que essas redes vivas vão traçando no caso de que estamos cuidando.

As trajetórias de vida como núcleo central

Até aqui a conversa caminhou por assuntos com os quais todos nos sentimos um pouco mais confortáveis, entrevistadores(as) e entrevistados(as). Afinal, é quase como se estivéssemos ainda em fase de detalhamento do relato de caso clínico. É verdade que já fizemos isso com outra “pegada”, abrindo escuta para falas que não costumam ter espaço naquelas relações clínicas nas quais as tecnologias leves tendem a ser minoritárias, mas daqui para frente é que vamos avançando mais na história de vida em si, quando entramos nas trajetórias de vida, o item II do quadro 5.

Voltando um pouco para o campo da História, a história de vida é tida como uma das vertentes de uma corrente metodológica chamada história oral, na qual as chamadas “trajetórias de vida” seriam uma submodalidade ou parte das histórias de vida (GONÇALVES; LISBOA, 2007; PORTELLI, 2000; THOMPSON, 1998). Pensemos numa câmera (fotográfica ou filmadora) com a qual aproximamos a imagem que queremos registrar acionando o recurso zoom, para entendermos esta visão sobre histórias de vida que estamos emprestando da pesquisa histórica:

HISTÓRIA ORAL > HISTÓRIAS DE VIDA > TRAJETÓRIAS DE VIDA

Para Gonçalves e Lisboa (2007):

“Trajetórias de vida, portanto, podem ser consideradas como partes de uma história de vida, um determinado percurso, itinerário ou ciclo que vai ao encontro do interesse do profissional ou pesquisador. Nos processos investigativos, este percurso, geralmente, vem ao encontro da questão de pesquisa colocada, ou seja, da delimitação do problema. (pg. 88)

Isso no espírito de pesquisa, mas acreditamos que também no âmbito do cuidado, que também implica em um grau de investigação. Certas trajetórias de vida são focos de interesse para nós, quando nos perguntamos: de onde vem tudo isso? sempre foi assim? começou de que jeito? Perguntas como estas – e outras tantas – ocorrem porque o tempo presente na verdade traz em si vários passados, tudo o que lembramos do passado é “presentificado”, ou seja, trazido para a realidade do momento atual da conversa. Então, o que seriam as trajetórias de vida no nosso PTS?

Cada um(a) de nós tem várias trajetórias que vão compondo nossa vida ao longo

dos anos, que se sucedem umas às outras, se atravessam, uma interrompe a outra, e por aí vai. É possível olhar para uma vida e prestar atenção na trajetória que aquela pessoa viveu e vive como trabalhadora de uma certa empresa, ou como estudante em uma certa fase da vida, ou como mãe e cuidadora de uma família, por décadas. Se olharmos de perto vamos ver que a mesma pessoa que vem sendo mãe pode também manter até hoje uma trajetória importante como filha, e são trajetórias independentes entre si, porém uma interferindo o tempo todo na outra. E as mesmas trajetórias são retomadas tempos depois de terem sido interrompidas, por exemplo quando voltamos a estudar, e a ser estudantes e nos comportarmos como tal. Entre todas essas possibilidades que citamos acima, duas trajetórias de vida costumam ser chaves para a história de vida que estamos reconstruindo: as histórias dos núcleos de familiaridade e dos territórios da vida comum.

No capítulo II discutimos o caso real de Bj, uma mulher (cujo gênero não era fixo) de 41 anos que passava tempo significativo de sua vida em situação de rua. Apresentava problemas de saúde por abuso de álcool com histórico de utilização de cocaína, entre outros problemas de saúde e com histórico também de atitudes violentas (OLIVEIRA et al., 2016; OLIVEIRA; BARRETTO; DULTRA, 2016). No quadro 1 fizemos uma lista de trechos de entrevistas da pesquisa na qual o caso Bj foi acompanhado(a), a fim de compreendermos algumas das singularidades que compunham a multiplicidade Bj: tem onde morar, mas tem uma vida na rua; tem sua família; é religioso(a); vive uma situação problemática com o álcool; tem vínculo com as equipes e é querido(a) por muitas pessoas; é prestativo(a) e ativo(a) participante de várias atividades; é temido(a) porque às vezes torna-se violento(a); tem uma orientação sexual e transita entre gêneros, vivendo seus relacionamentos afetivos. Importante observar que a maioria destas singularidades, se não todas, só podem ser assim estabelecidas se olharmos a história de Bj, as mudanças ao longo da vida, as discontinuidades, as oscilações.

Nos capítulos III e V conversamos um pouco sobre a abordagem familiar no PTS, mas o que chamamos de história dos núcleos de familiaridade também depende de uma compreensão dessas relações de familiaridade ao longo da vida, e vamos preci-

sar ouvir e registrar relatos sobre como esse modo de estabelecer relações, ao longo das trajetórias da vida, acontece por dentro do núcleo familiar ou das várias relações de familiaridade do(a) usuário(a)-cidadão(ã). No capítulo III fazemos um alerta quanto ao que podemos entender por “família”.

Intimamente relacionado a esta dimensão das relações de familiaridade, há também a história dos territórios da vida comum, que é o conjunto de relatos sobre o viver com os outros para além do núcleo familiar ou proximamente a ele, junto aos mais variados, diferentes e imprevisíveis tipos humanos (e inumanos, por que não?): que lugares gostava de frequentar? o que ia fazer lá? o que costuma fazer nas horas vagas? e antes, como era? como se dá e se deu a vida cotidiana dessa pessoa nesses cenários, quais as relações possíveis entre todos esses territórios da vida comum, ao longo do tempo, e os atuais processos de adoecimento? Perder territórios da vida comum nos quais havia muito sentido no viver, ou, ao contrário, passar a acessar outro território a partir de certo momento, podem ser pistas de acontecimentos importantes.

Há vários modos de acessar a história desses territórios. Uma experimentação interessante no sentido de se construir uma história de vida foi relatada em uma das pesquisas que temos citado ao longo deste livro, quando de um trabalho junto a um usuário-cidadão da saúde batizado com o codinome de “vaqueiro”:

“Pautados no encontro e suas afecções, foi proposto um modelo de cartografia existencial em conjunto com Vaqueiro, o qual denominamos “cartografando multidões no sujeito com sofrimento psíquico”. Nesta cartografia, propusemos que o mesmo desenhasse os locais que frequenta e/ou frequentou desde criança, informando quais são aqueles mais significativos para a sua vida no mapa da cidade. Ainda, ofertamos a possibilidade de que este falasse de si para além dos limites físicos e existenciais da cidade, desenhando e trançando o seu

próprio território.” (COUTINHO et al., 2016, pg. 297)

Enfim, agora contando com as várias informações acima, nossa história de vida ganhou maturidade para entrarmos em outra dimensão²⁰: a história das redes de conexões existenciais. No relato que ouvimos de uma pessoa fica claro de que jeito essa pessoa ou família constrói relações com outras pessoas, familiares, amigos(as), colegas de trabalho, comunidade e serviços de saúde? Ela costuma se conectar com todos(as) esses coletivos e pessoas, ou só com um(a) ou alguns? E como?

Por que é importante atentar para esta dimensão da vida? Porque estamos trabalhando com o pressuposto de que, ao nos relacionarmos, ao nos conectarmos com pessoas ou coletivos, ao experimentarmos encontros aqui ou ali, de um jeito ou de outro, estamos produzindo nossa história ao mesmo tempo em que estamos nos produzindo no mundo. Mais do que isso, estamos inventando – junto com outros(as) – os mundos que precisamos para viver. Aqui já começam a aparecer os modos como essa pessoa se coloca no mundo, que escolhas faz e que sentidos atribui aos diferentes aspectos de sua existência, incluindo seu sofrimento relacionado à saúde.

É quando também procuramos identificar se há momentos de virada, as marcas de acontecimentos que foram bastante significativos ao longo das várias trajetórias na vida de uma pessoa e que operaram profundas mudanças, seja no modo de se colocar no mundo, frente à vida, seja nos modos de sentir, de sofrer e de adoecer (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015). O momento de virada torna visível uma mudança e não uma “causa”, uma novidade que passa a fazer parte daquela vida de modo a

²⁰ Na proposta que estamos desenvolvendo ao longo do livro já estaríamos, em qualquer momento do trabalho, abertos a esta ou a qualquer dimensão, já que não há compartimentos estanques nem cronologias rígidas aqui. Mas a apresentação destes conteúdos pede uma certa sistematização. Além disso, apontar para alguma cautela no aprofundamento sobre a vida do outro é parte de um cuidado ético necessário em abordagens como a que temos proposto aqui.

transformá-la. É tanto o “quando” do acontecimento como o “ser que emergiu” dele, retomando a fala de Guattari que citamos acima.

Não existem somente os momentos de virada do usuário. Nós, clínicos(as) ou pesquisadores(as) que estamos nos debruçando sobre sua vida também podemos experienciar, durante o processo de reconstrução da história de vida do(a) outro(a), uma mudança no modo como passamos a olhar para esta pessoa, em comparação a como olhávamos antes. A artista plástica Pilar Rocha (2007), em uma performance artístico-cultural durante um evento científico, assentou faixas com gesso fresco sobre partes dos corpos de pessoas vivas. Após secar o gesso e saírem dele os modelos vivos, o que ficava eram imagens tridimensionais de perfis de figuras humanas, modo de expressão que a artista denominou “perfis provisórios” (ROCHA, 2007).

Durante a pesquisa de doutorado alguns de nós propusemos que, ao conhecermos uma pessoa por certo tempo, construímos para nós uma certa imagem dela, um perfil provisório a priori por meio do qual tendemos a defini-la como sendo assim ou assado, e ponto final. Ao conhecer sua história de vida não raro mudamos, não somente de ponto de vista, mas da vista a partir do mesmo ponto, um deslocamento que nos leva a abandonar o perfil provisório sobre aquela pessoa, perfil que nos foi dado e aceitamos ou que ajudamos a reforçar e que, agora, não é mais suficiente para dar conta da multiplicidade que é aquela vida com a qual nos encontramos (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015; MERHY, 2015). Uma pergunta para nós mesmos que ajuda a perceber se houve tal deslocamento em nós: “o que mudou a respeito de (nome do usuário) para mim?”

Considerações finais

Se quisermos experimentar a reconstrução de histórias de vida, é preciso que, no mínimo, estejamos abertos para esta vida para além de seus problemas de saúde, que só são possíveis porque acontecem naquela vida tal como chegou até este momento em que a encontramos, que ao mesmo tempo produzem esta vida em sua

singularidade. Uma coisa não está separada da outra. Quanto mais nos afastamos da ideia limitada de um corpo doente para nos aproximarmos de uma existência que vivencia o adoecimento, mais aparecem as histórias que essa vida carrega e mais aparecem outras facetas desse mesmo adoecimento.

A aposta aqui seria a de que o maior produto de um processo de construção de uma história de vida é a potencialização do cuidado ao usuário em foco. As conversas que foram necessárias para isso, os encontros que não existiriam se não houvesse este pretexto, tudo isso contribuiu para o vínculo, para uma coexistência que fortalece as tecnologias leves em ações mais cuidadoras. Quando uma história é colocada na mesa, à minha frente, a história da minha vida também está na mesa, quer eu fale sobre ela ou não, quer eu pense nela ou não. Também em pesquisa temos algumas experiências de usar este esforço de abertura de perspectiva como estratégia metodológica e analítica.

No entanto, há produtos mais pragmáticos das histórias de vida para o PTS, como o enriquecimento das análises e do plano de cuidados que está sendo construído no contexto do projeto, além de efeitos sobre o vínculo. E para isso a história de vida, neste caso, não tem um momento específico para ser buscada no processo de construção do PTS, que vamos discutir no capítulo VIII. De fato ela vai sendo elaborada durante todo esse processo, já dissemos que não existe o fim de uma etapa e o começo de outra, como também não há um momento especial programado para a história de vida. Tudo isso vai sendo entrelaçado durante as atividades de cuidado, desde que nossas sensibilidades estejam abertas para a história de vida, porque já estamos abertos(as) para o encontro.

Referências

- AMADO, J. O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral. História, São Paulo, [S. l.], v. 14, p. 125–136, 1995.
- BASSIT, A. Z. Histórias de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MI-

NAYO, M. C. de S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Coleção Antropologia e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002. p. 175–190.

BERTUSSI, D. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; LOUVISON. A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 01, p. 357–360. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, [S. l.], n. 19, p. 20–28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2020.

CARVALHO, E. N. de; COSTA, S. L. da. Potências da narrativa. In: LOPES, K. J. M.; CARVALHO, E. N. de; MATOS, K. S. A. L. de (org.). Ética e as reverberações do fazer. Fortaleza: UFC, 2011. p. 60–73.

COUTINHO, G. L. de O. et al. A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 01, p. 296–300. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

GONÇALVES, R. de C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua mo-

dalidade trajetórias de vida. *Revista Katálysis*, [S. l.], v. 10, n. spe, p. 83–92, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-49802007000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2006 (Coleção Trans).

GULLESTAD, M. Imagined childhoods: constructions of self and society in life stories. *Educação & Sociedade*, [S. l.], v. 26, n. 91, p. 509–534, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-73302005000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

JOSSO, M.-C. Os relatos de histórias de vida como desvelamento dos desafios existenciais da formação e do conhecimento: destinos sócio-culturais e projetos de vida programados na invenção de si. In: SOUZA, E. C. de; ABRAHÃO, M. H. M. B. (org.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. 1a ed. Porto Alegre : Salvador: EDIPUCRS ; EDUNEB, 2006. p. 21–39.

MERHY, E. E. Le “viste dei punti di vista”: Tensioni all’interno dei programmi di “salute della famiglia” e possibili strategie di intervento. In: MERHY, E. E.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. (org.). *Problematizzando Epistemologie In Salute Colettiva Saperi dalla Cooperazione Brasile e Italia*. [S. l.]: Editora da Rede Unida/CSI-Unibo, 2015. p. 127–138.

MERHY, E. E. et al. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação em Saúde para Debate*, [S. l.], v. 52, p. 153–164, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>. Acesso em: 19 mar. 2021.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SILVA, E. Methodological contributions towards the study of health care production: lessons from a research study on barriers and access in mental health. *Salud Colectiva*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 25–34, abr. 2012.

OLIVEIRA, J. A. S. et al. As vidas que entram e as vidas que ficam de fora dos serviços de saúde: visibilidades construídas a partir de uma usuária-guia. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 02, p. 340–351. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.

OLIVEIRA, J. A. S.; BARRETTO, L. D.; DULTRA, L. S. Cuidar é afetar-se: “Bj” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 01, p. 234–239. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

PORTELLI, A. Memória e diálogo: desafios da história oral para a ideologia do século XXI. In: FERREIRA, M. de M.; FERNANDES, T. M. D.; ALBERTI, V. (org.). História oral: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro, RJ: Casa de Oswaldo Cruz, Editora Fiocruz : FGV, CPDOC, 2000. p. 67–71.

QUEIROZ, M. I. P. de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil. [S. l.: s. n.], 1988. p. 14–43. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001187837>. Acesso em: 14 mar. 2021.

ROCHA, P. Perfis provisórios. Rio de Janeiro: [s. n.], 25 maio 2007. Disponível em: <https://conexao.ufrj.br/2007/05/10/iii-forum-de-linguagem-na-praia-vermelha/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1795–1803, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000601795&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2020.

THOMPSON, P. *Voz do passado: historia oral*. trad. Lólio Lourenço De Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

capítulo VII

Construindo um plano de cuidados:
ralentando o cuidado, produzindo interferências,
abrindo para a redução de danos



CAPÍTULO VII

Construindo um plano de cuidados: ralentando o cuidado, produzindo interferências, abrindo para a redução de danos

Conceitos e proposições centrais

Perspectiva macropolítica: plano terapêutico, de ação ou de intervenção.

De um “diagnóstico” ou “situação-problema”, retomamos “hipóteses explicativas” e traçamos “objetivos”, “metas” e “propostas de intervenção”. Com base no planejamento em saúde, busca-se estabelecer QUEM deve fazer O QUÊ, QUANDO e COMO (tarefas e responsabilidades).

Agregando uma perspectiva micropolítica: plano de cuidados.

Mudanças raramente acontecem como mágica, mas as tecnologias leves podem produzir uma magia a-significante.

Ralentar o cuidado (*slow care*) é uma estratégia que nos permite ir além do tempo limitado do presente (*cronos*), para compartilhar o tempo ilimitado que mistura ao presente o passado e o futuro (*aion*) e, assim somar, às intervenções em saúde, as interferências cuidadoras.

A redução de danos é exemplo de estratégia-ferramenta, entre outras, para ralentarmos o cuidado, que na prática fortalece os agenciamentos de vida e saúde.

Neste capítulo concluiremos as discussões sobre os conteúdos mínimos para se estruturar um projeto terapêutico singular (PTS) e escrevê-lo, a fim de compormos sucessivas versões escritas que documentem este esforço de cuidado para o caso, para que possamos abrir ainda mais outras ações nesse sentido. Este capítulo trata daqueles momentos em que surgem certas perguntas, feitas sempre por todos(as) os(as)

envolvidos(as) nas cenas de cuidado, do tipo: “tá, então o que pode ser feito?”.

Vamos agora para a parte “final” de uma versão do PTS, um final sempre provisório, que é quando tiramos certas conclusões possíveis naquele lugar e naquele tempo em que cuidamos de alguém, mas ainda assim uma “cereja para o bolo”. Bom, se fosse mesmo uma “etapa”, faria todo sentido falarmos em final como se fosse a última. Reforçando: no capítulo III assumimos que aceitar um certo recorte do PTS por etapas é uma escolha que fizemos neste livro apenas para possibilitar os debates por núcleos de sentidos e diferentes tensões que costumamos encontrar no cotidiano da saúde, mas que se trata de uma divisão artificial, meramente didática. Também dissemos, naquele capítulo, que a reavaliação permanente do PTS, por exemplo, acontece desde o início de sua construção. Do mesmo modo, o plano de cuidados também começa no seu início, e anda junto desde os primeiros encontros.

Chamamos aqui de “plano de cuidados” algo um pouco diferente, mas que inclui o que pode ser encontrado, na literatura, com outros nomes (plano de ação, plano terapêutico, propostas de intervenção, entre outros) (CUNHA, 2004; BRASIL, 2008; OLIVEIRA, 2008a). As diferenças de sentidos entre estas terminologias e o uso que fazemos de “plano de cuidados” ficarão mais claros ao longo deste capítulo, mas é bom lembrarmos que no capítulo I posicionamos o PTS que praticamos no contexto do cuidado em saúde, quando entendido numa dimensão que não se reduz aos procedimentos clínicos, e que no capítulo IV propusemos que, embora as ferramentas do planejamento em saúde, que buscamos na dimensão macropolítica do mundo da saúde, sejam importantes, é fundamental acessar também a micropolítica dos encontros. A leitura daqueles capítulos por si, acreditamos, levará o(a) leitor(a) a compreender que só poderíamos adotar neste livro o nome de “plano de cuidados” para o que discutiremos a seguir.

Não raro podemos perceber, em conversas informais na saúde, uma intercambialidade entre esta “etapa” do PTS com ele próprio, como um todo. No capítulo II, quando analisamos o surgimento da ideia de projeto terapêutico, vimos que ele nasce

em uma experiência municipal concreta como a de Santos-SP, na virada dos anos 1980 para os 1990, um grande esforço de transformação em uma rede municipal de saúde, em especial na área de saúde mental (RAMOS, 1996; OLIVEIRA, 2008b) em um entrelaçamento com formulações da Saúde Coletiva. Considerando este cenário pragmático de sua invenção, fica mais fácil entendermos dois fatos importantes aqui.

Primeiro, é bem provável que a fonte para o nome escolhido seja este uso ainda vinculado ao modelo “caso clínico” (ver capítulo I), que encontramos com facilidade em publicações dos anos 1980, ou seja, uma equivalência entre “projeto” terapêutico e o “plano” terapêutico que utilizamos cotidianamente no contexto clínico. Bom lembrar que as primeiras publicações sobre o PTS, tal como o conhecemos hoje, valem-se de sua relação com o caso clínico, apresentando-o como uma “variação” do mesmo (CUNHA, 2004) mas agora no sentido de “uma discussão do caso em equipe” (CAMPOS; AMARAL, 2007, pg. 853).

Em segundo lugar, porque este nome “pegou” como “projeto”? Campos e Amaral (2007) apontam o que seria, para os autores, o principal diferencial do PTS: “como indica o termo ‘projeto’, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em medicina” (pg. 853). Embora saibamos que casos clínicos são também utilizados para discussões prospectivas, é interessante notar que a ênfase em propostas para o futuro, vinculadas à ideia de projeto, cria a expectativa de que tudo isso tem como finalidade a elaboração de propostas para o disparo de intervenções, e confirma-se a influência do planejamento em saúde (OLIVEIRA, 2008a).

Aqui neste capítulo, assim como no capítulo IV, apresentamos sínteses dessas possibilidades de futuro sob duas perspectivas de projeto terapêutico: uma macro e outra micropolítica. Voltamos a repetir: ambas não são apresentadas como mutuamente exclusivas, ou como sendo uma melhor ou mais correta do que a outra. São ambas dimensões inextricáveis do mesmo mundo da saúde, uma produz a outra o tempo todo, depende da outra. Trata-se aqui de uma aposta em não nos restringirmos a um

só ponto de vista, e nem mesmo a uma só vista de cada ponto (MERHY, 2015), pois queremos multiplicar as possibilidades de cuidado.

Perspectiva macropolítica: plano de terapêutico, de ação ou de intervenção

Retomemos o quadro 2 do capítulo III, que faz um levantamento macropolítico do processo de construção do PTS. No momento em que estamos neste livro, já teríamos um “diagnóstico” ou “situação-problema”, então devemos nos perguntar: o que propomos que seja feito neste caso? Oliveira (2007, 2008a) recomenda que neste momento sejam retomadas as “hipóteses explicativas”, que haviam sido feitas quando da análise do caso, e os “objetivos”, que também já vinham sendo traçados desde aquele momento. O passo seguinte, para o autor, seria “definir rumos, linhas de ação e prioridades” (pg. 88), para se construir “propostas de intervenção” (OLIVEIRA, 2008a).

De um ponto de vista macropolítico, diríamos, que um projeto terapêutico é pensado como etapa de um planejamento em saúde no âmbito individual ou singular, reproduzindo e adaptando diretrizes técnicas que seriam usadas na gestão de sistemas e serviços de saúde (MERHY, 1995; ONOCKO CAMPOS, 2000), mas agora transportando esta gestão para o âmbito de um caso. Este procedimento é engenhoso, pois cria facilidades nesse mundo tão incerto que é o da saúde, ao tornar mais organizada e inteligível a análise do caso e apoiar decisões sobre O QUÊ, QUANDO e COMO FAZER, e, principalmente, QUEM deve fazer, ou, no jargão de planejamento em saúde: é preciso estabelecer metas e responsabilidades.

Nos ajudaria se analisarmos a construção de um plano terapêutico ou de intervenção para um usuário-cidadão real de uma pesquisa, com o nome fictício de “Negro Gato”, participante da mesma pesquisa que temos citado no livro. Seus principais problemas de saúde giravam em torno de um sofrimento mental relacionado a um uso abusivo de álcool, uma família também com demandas de cuidado em saúde mental, tudo isso associado a uma recusa a receber o tratamento oferecido pela equipe de saúde mental e, além de tudo isso, muitas dificuldades em sua vida, sem esquecer o

próprio adoecimento (SAMPAIO et al., 2016). Aqui, vamos nos restringir apenas a alguns aspectos da saúde e da vida deste usuário, mas certamente que um PTS para ele e sua família conteria ainda outros mais.

A situação-problema seria uma situação de sofrimento mental (transtornos decorrentes do uso abusivo do álcool, com possibilidade de síndrome de dependência, não temos um detalhamento disso) + pontos de vista conflitantes entre equipe e familiares. Tudo isso resultando em uma recusa ao tratamento. Um objetivo para o caso seria oferecer um cuidado para Negro Gato, possibilitando a ele mais saúde e maior autonomia em sua vida. E quais seriam nossas metas aqui? Podemos pensar em duas delas: i) obter o aceite (do usuário e da família) para as ofertas terapêuticas; e ii) Negro Gato se tornar abstinente de álcool, pois estaríamos neutralizando um “determinante” de seu adoecimento como um todo. Não vamos esquecer que no momento estamos nos concentrando na dimensão macropolítica do caso.

Para alcançar estas metas precisamos formular propostas de intervenção. Vamos supor que as discussões sobre o caso chegassem às seguintes propostas, entre outras: i) reunir Negro Gato e a família e expor a necessidade urgente do tratamento, em função dos riscos para sua saúde decorrentes do atual consumo de álcool, cogitando até uma internação temporária, se for o caso; ii) levantar outras necessidades em saúde de Negro Gato, além do sofrimento mental; iii) promover a retomada do vínculo do usuário com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e iv) articular a rede intersetorial comunitária, no sentido de promover sua reabilitação psicossocial, pensando em trabalho e outras muitas atividades.

Ainda, neste espírito planejador, falta dividir tarefas e responsabilidades para as metas que elegemos para esta intervenção, incluindo definir ou redefinir o profissional de referência²¹ (CUNHA, 2004; OLIVEIRA, 2008a,b), conforme já citamos acima, pessoa que já deverá estar presente nesta reunião de equipe onde se trabalha o plano de ação. Sempre haverá várias outras tarefas a serem feitas para que as intervenções aconteçam e possamos atingir as metas, e precisamos pactuar e colocar no papel

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

quem, neste momento, estaria em condições e se compromete a fazê-las, e quando, ou seja, em que prazo. No quadro 5 fazemos um breve exercício de uma esquematização possível deste planejamento para Negro Gato.

METAS	TAREFAS	RESPONSÁVEIS E PRAZOS
i) Reunir Negro Gato e a família e expor a necessidade urgente do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar a reunião entre equipe, usuário e família • Se for decidida a internação imediata, fazer o encaminhamento e articular com família • Coordenar o cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável 1 e prazos 1
ii) Levantar outras necessidades em saúde, além do sofrimento mental	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar avaliações clínicas, exames e novas intervenções, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável 2 e prazos 2
iii) Promover a retomada do vínculo do usuário com o CAPS e, se necessário, rever profissional de referência	<ul style="list-style-type: none"> • Combinar nova visita ao CAPS para uma reavaliação • Redefinir profissional de referência com a equipe, se for o caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável 3 e prazos 3
iv) Articular a rede inter-setorial e comunitária, visando trabalho e outras atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar nova reunião com Assistente Social do território, para discussão do caso • Agendar visita da Assistente Social para usuário e família • Contatar outros atores comunitários • Incluir encaminhamentos no PTS 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável 4 e prazos 4

Quadro 5 – Metas, tarefas e responsáveis no PTS de Negro Gato. Fonte: os autores, adaptado de Sampaio et al. (2016).

Todo este planejamento macropolítico para o plano de intervenção terapêutica tem efeitos muito positivos para a efetividade do PTS. Serve de orientação e encorajamento geral, ajuda a não esquecer pontos importantes para que as reuniões, tão difíceis de serem marcadas, sejam bem aproveitadas. Pessoas responsabilizadas publicamente tendem a entregar suas tarefas, pois seu nome no coletivo está em jogo. Não é um dos pressupostos do referencial do planejamento?

Com base na ciência biomédica, em preceitos éticos, em uma visão ampliada do conceito de saúde-doença e contando com as contribuições estratégicas do arcabouço do planejamento em saúde, tais propostas já fazem avançar bastante com relação ao caso clínico convencional, embora ele continue fazendo parte de qualquer orientação para um PTS, e espera-se que seja assim.

Então, agora vai dar tudo certo? Impossível dizer, ao nosso ver. Tem alguma possibilidade de não se avançar com os resultados de um PTS bem construído, em um caso como este? Merhy (1995), quando publicava com frequência sobre o tema do planejamento em saúde, não excluía a possibilidade de que ele poderia dar errado, sim. Certamente você que nos lê conhece casos semelhantes, ou ouviu falar, e sabe que sim, que é possível não avançarmos mesmo com todo este arcabouço organizado, e isso quando ele sai do papel. Em saúde não há garantias definitivas, nem mesmo com uma organização tão minuciosa.

Entretanto, ainda não esgotamos todas as nossas possibilidades, e justamente por isso devemos insistir em nosso esforço. A seguir discutiremos um pouco sobre uma perspectiva micropolítica para ajudar a pensar isso de “partir para a ação”, no PTS. Se há mais coisas em jogo, no entrelaçamento dessas vidas em sofrimento e que

²¹ A estratégia de redefinição do profissional de referência pode ser interessante em casos assim, tanto para o profissional como para o usuário, se for consenso e a depender a situação, quando se pretende iniciar um novo vínculo, e ao mesmo tempo em que se apoia o atual PR, que já pode ter vivido situações bastante desgastantes.

podemos levar em conta, por quê não buscar? Seria um novo caminho para termos garantias de efetividade do PTS? Também não! Mas potencializar o cuidado só poderá potencializar o PTS e vice-versa.

Agregando uma perspectiva micropolítica ao “plano”

Há muitos anos, em um congresso médico, um de nós ouviu um relato muito interessante de um colega. Quando jovem, este médico havia tido a incrível experiência de fazer seu doutorado em Antropologia na Amazônia, junto a uma nação indígena. Ao mesmo tempo, trabalhava como médico em atendimentos para populações ribeirinhas e nações indígenas, para sustentar sua formação. Cada viagem a trabalho durava dias de traslado. Este trabalho era realizado em equipe, que, se a memória não falha, além dele, havia um enfermeiro e alguns técnicos de enfermagem, todos militares, além de apoiadores operacionais para os acampamentos, alguns militares e outros civis, além de um personagem muito interessante, o “Mateiro”, indígena não militar, colega de equipe e oriundo de um dos povos da floresta da região. A principal qualificação para o Mateiro estar na equipe era o fato de ser profundo conhecedor da mata: o Mateiro “orientava” a equipe em todos os sentidos, era o verdadeiro líder das expedições. Considerando que meu colega era um interessado na cultura indígena, logo confirmou que se tratava de um curandeiro ou xamã de uma das etnias indígenas que apoiava a equipe de saúde.

Certo dia, depois de alguns dias viajando de barco, chegaram a uma pequena comunidade ribeirinha onde se dizia que um homem passava muito mal. O médico atendeu e logo identificou uma crise asmática grave. A equipe abriu a caixa de equipamentos e medicamentos e foram realizados todos os procedimentos ali possíveis, com os medicamentos e recursos disponíveis. Inicialmente o homem respirou melhor, mas continuava ofegante, angustiada. Caso muito preocupante! Estavam há dias de viagem por barco do povoado mais próximo, acionou-se a ajuda por helicóptero, mas – não se registrou essa informação no relato – demoraria horas para chegar ali. O que mais poderia ser feito? Neste momento, o Mateiro colocou sua mão sobre o ombro do mé-

dico, que estava em pé e estático ao lado do homem em agonia respiratória, e disse, calmamente, algo como “o Dotô descansa agora, que é minha vez de tentar...”.

Para encurtar a história, o curandeiro indígena, calmamente e ajudado aqui ou ali quando precisava, conseguiu promover um razoável alívio dos sintomas e da angústia geral do homem e de todos ali, assim foi possível esperar pelo resgate. Usou sua medicina tradicional indígena, naquele momento reuniu elementos de sua cosmologia e fez funcionar um cuidado via outras dimensões que não as que nós, não indígenas, conhecemos. Chamemos de outra racionalidade, outro paradigma, outra medicina, como quisermos e a depender do referencial teórico que estivermos usando, mas o fato é que concretamente o homem foi se sentindo cada vez melhor, respirando mais tranquilamente a cada minuto e conseguiu esperar o helicóptero, sentindo-se amparado. O alívio foi geral. Aconteceu o cuidado em equipe!

Não era a primeira vez que situações semelhantes haviam acontecido com aquele médico, contava ele, e provavelmente não seria a última. Havia naquela equipe respeito mútuo e colaboração cotidiana entre ambas “as medicinas” ou atos cuidadores, ou diferentes mundos, se preferirem, ninguém ali era “dono da verdade”. E o PTS com esta história? Várias reflexões podemos fazer neste sentido, mas uma em especial queremos trazer aqui.

Imaginemos um caso complexo, no sentido que discutimos no capítulo II e que poderia ser Negro Gato, para o qual fizemos toda as análises quando da construção de um PTS, estabelecemos objetivos, metas e responsáveis. Mas nada acontece. Considerando que todos os membros de uma equipe estão comprometidos com o cuidado para um caso e convencidos dos caminhos a serem percorridos, mesmo assim os avanços que se espera podem não acontecer assim tão rapidamente. Parece que falta algo, um encantamento, uma magia. Acontece que nem sempre uma magia precisa ser algo sobrenatural.

Em uma pesquisa analisávamos o problema da gestão em saúde contrapon-

do dois tipos de mudança: aquela que gostaríamos que acontecesse imediatamente, como num truque de mágica, que no mais das vezes fica só no desejo porque na vida as coisas não mudam assim, num estalar de dedos, e aquela que se dá lentamente mas com força crescente, como que disparada por um encantamento que vai envolvendo a todos em novas ações, em agenciamento, um movimento que não conseguimos nomear e que não é definido, mas sabemos que habita o território das tecnologias leves e, por isso, diríamos ser uma magia a-significante (SLOMP JUNIOR et al., 2019). Ou seja, se o caso clínico às vezes pede um PTS, o PTS às vezes pede uma magia - não uma mágica - desse tipo, que o faça andar. Mas pensar nisso nos faz pensar em outro problema: o dos tempos que se cruzam quando do cuidado.

Ralentando o cuidado

Temos o hábito de agirmos como se houvesse um só tempo que vai correndo e os eventos nele acontecendo, alguns ao mesmo tempo, outros antes e outros depois. Isso faz parte mesmo de nossa realidade, também, mas tendemos a perder um detalhe importante: o modo como cada singularidade nossa, que vai funcionando neste mesmo tempo, é diferente dos outros modos de funcionar, é mais lento ou mais rápido do que outros. Como profissional de saúde posso ser muito mais acelerado do que como músico nas horas vagas. Em uma cena de cuidado há vários tempos envolvidos: os nossos e de nossa equipe, os tempos técnicos, científicos, institucionais, o do(a) usuário(a)-cidadão(ã), que é a razão de ser do PTS, os de suas relações profissionais e de familiaridade, enfim, todos os tempos envolvidos, que quase nunca coincidem. Poderíamos dizer que esses tempos combinam dois principais registros de temporalidade: aquele tempo que percebemos com facilidade, que é o tempo limitado ao presente, quando são bem distinguíveis certos eventos uns antes e outros depois, que, segundo Gilles Deleuze, os antigos pensadores gregos estóicos chamavam de *cronos*, e um tempo ilimitado que se entrelaça com este, trazendo para o presente e “ao mesmo tempo” o que já aconteceu (passado) e o que ainda pode acontecer (futuro), uma temporalidade chamada *aion* ou tempo dos acontecimentos (DELEUZE; GUATTARI, 2005; MONEGALHA, 2018). Vale retomar lá do capítulo VI o que estamos chamando

de “acontecimento”, aqui neste livro.

Nesse ponto de vista vivenciamos constantemente ambos os tempos, que se complementam entre si, se entrelaçam. Se no tempo presente vivo um adoecimento, para mim é um acontecimento, que traz certos sentidos para esta vida que vivo hoje, e que está conectado a outros acontecimentos que já vivi e que pressinto – ou que penso – que viverei ou não (*aion*). Ao mesmo tempo, é evidente para mim desde quando adoeci e comecei a buscar cuidado, e todos os percalços que tenho vivenciado nisso tudo, que tenho consulta marcada no dia tal, que em duas semanas acaba minha licença para tratamento de saúde etc. (*cronos*). Cada uma destas dimensões temporais me faz dar mais valor a um ou outro aspecto da vida, a tomar esta ou aquela decisão. Em alguns momentos eu gostaria que tudo fosse mais lento, mas em outras coisas eu gostaria que acontecessem rapidamente.

Agora imaginemos essas duas dimensões temporais extrapoladas para todas as relações de cuidado que estabelecemos em torno do(a) usuário(a)-cidadão(ã), neste momento do PTS. A magia a-significante só é percebida por nós quando estamos abertos às mais variadas temporalidades envolvidas, até porque em geral nem tudo se dá no *cronos*. Essa magia aqui para nós será o cuidado. Pensando no relato acima, se o médico que atendia comunidades ribeirinhas fosse ao mesmo tempo – ele mesmo – o terapeuta indígena, provavelmente associaria esses saberes e práticas, ou alternaria entre um e outro a depender dos problemas encontrados e dos tempos em jogo quando da atenção a cada problema, mas acima de tudo, cuidaria. Obviamente esta é somente uma hipótese para nos ajudar a pensar na abertura aos vários tempos, quando do cuidado.

Assim, se o PTS que estamos construindo paralisou, ou perdeu força ou burocratizou, uma possibilidade é manter o ritmo dos procedimentos nas velocidades *cronos*, mas tentar, na medida do possível, desacelerar, aceitar uma velocidade mais baixa para perceber o que está acontecendo no mundo *aion*, buscar um *slow care*²² e tentar entender como estão andando as relações cuidadoras entre nós e o usuário.

As partituras de músicas eruditas convencionalmente usam palavras na língua italiana para indicar os movimentos musicais, e lá temos o belo verbo *rallentare*. Difícil desacelerar quando estamos tão instigados por tudo que envolve a demanda na saúde? Difícil um permitir-se assim? Sim, especialmente se o *cronos* continua correndo e nos empurrando, e há tarefas nele que não podem mesmo desacelerar, pois nosso usuário tem necessidades neste plano também.

Olhemos primeiro para nós mesmos, ao menos por um breve período de tempo. Podemos nos perguntar: será que a ansiedade para resolver o problema daquele que sofre não acelera demais nossas práticas de toda ordem, inclusive de pensamento? E se, ao invés de colocar fogo na fogueira do *cronos*, convidarmos os muitos *aions* envolvidos para se manifestarem? O que acontece quando ralentamos no cuidado? Menos ou mais? Ralentar é debruçar-se com certo vagar, um vagar possível naquele cenário de cuidado, mas que precisa ser desejado e valorizado.

Produzindo interferências cuidadoras quando ralentamos

Agora mais lentos(as), um bom exercício é nos desobrigarmos da intervenção a todo momento, a todo custo e a toda velocidade, exceto quando ela é imprescindível. Como profissionais de saúde, tendemos a ser intervencionistas, é assim que em geral somos formados e é assim que estamos certos de que devemos ser, pois faz parte de nosso território identitário, em especial na medicina (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015). E é facilmente justificável que assim seja em várias situações clínicas, por exemplo quando uma pessoa demanda procedimentos urgentes ou em caráter de emergência. Um dos modos de compreendermos o que seria uma “intervenção” na área da saúde é quando há uma intenção de cumprir uma missão que precisa dar certo, e por isso é importante um “projeto” pré-determinado cujos resultados precisamos

²² Nos inspiramos no movimento *Slow Food* (PETRINI et al., 2016) para criarmos esta expressão *slow care* ou “cuidado ralentado”.

controlar, pois temos como objetivo de chegar a uma experiência exitosa (HENZ et al., 2017). Pus aspas em “projeto”, porque facilmente o PTS segue nessa onda, já que as demandas na saúde frequentemente pressionam nesse sentido.

Mas queremos cuidar, o PTS não está caminhando, o que vai acontecer se não intervirmos imediatamente? Ora, e se a intervenção não estiver se concretizando, de qualquer maneira? Que tal nos contentarmos, ao menos em um primeiro momento, com uma interferência? Toda situação que vivemos tem delicadezas que não vêm à tona com facilidade, sutilezas que agora, neste demorar-se, começam a aparecer. É preciso dar espaço a uma outra inteligência que temos, para captar tudo isso que antes não era perceptível. E não necessariamente com a finalidade de compreendermos de modo racional e imediato mais coisas, para exercitar a reconhecimento, mas para “nada”! Para nada? Sim, exercitar uma gratuidade no encontro, que possibilite efeitos mais sutis, ressonâncias como se fossem como ondas de rádio (HENZ et al., 2017). Interferências na saúde mobilizam intensamente as tecnologias leves e, embora pareçam despreziosas, não são pouca coisa. Vejamos novamente o caso de Negro Gato, aliás um relato produto de uma “pesquisa interferência”:

A interferência da pesquisa se produziu em várias direções. Na equipe, que a partir da recusa de Negro Gato a um determinado modo de cuidado, produz novos olhares sobre este sujeito. Mas também em Negro Gato, que passa a reconhecer, nos trabalhadores de saúde, pessoas que podiam acolher e suportar (dar suporte) as suas escolhas de vida. Essa criação de rede de apoio possibilitou o reinvestimento de Negro Gato em sua existência, desejando a produção de um modo de vida que considerava mais saudável e feliz. Assim, nas últimas visitas realizadas pela equipe da pesquisa (pois a equipe de saúde continua com o cuidado), Negro Gato recebeu seus cuidadores animadamente, de

banho tomado, há dois meses sem beber e com alguns quilos a mais, afirmando que queria se cuidar. (SAMPAIO et al., 2016, pg. 290)

Curioso, distrair-se da urgência do projeto exige muito esforço, mesmo, às vezes nem sabemos porquê! É como se agora fosse outro projeto, ou projeto de outra ordem, por vezes um antiprojeto. Experimentar o encontro em si e deixar que suas ressonâncias produzam mudanças mais lentas, efeitos em tempos mais dilatados, é caminhar na contramão deste mundo funcionalista e utilitarista em que vivemos. Permitir-se ralentar. Ralentar para permitir-se. Ralentar para cuidar.

Uma convivência com o usuário nesse nível pode produzir mudanças na vida dele anos depois, e que nem vamos saber que elas começaram ali, naqueles encontros. Mas não plantamos uma árvore de frutas só para nós mesmos comermos, certo? Com certeza o fazemos para as gerações futuras, e muitas vezes nem sabemos quem vai comê-las. Plantamos porque este é um gesto cuidador com as pessoas, com os animais, com a vida, com o planeta, e também conosco, para se possível comermos também as frutas, é claro. Interferimos no mundo ao plantar uma mudinha. Intervimos no mundo ao reflorestar 40 hectares. Mas as interferências não são ações “de segunda”, podem trazer resultados para dentro do próprio tempo cronológico, como vimos com Negro Gato; podem ser tão ou mais poderosas do que as intervenções, no cuidado em saúde, mas é fato que em geral são menos “espetaculares” porque nem sempre entregam resultados ou “sucesso” rapidamente (embora nem as intervenções sempre o façam). No nosso caso do PTS, quando acontecem tais resultados, é uma boa surpresa, pois o único compromisso era com o cuidado. E ainda assim, acontecem surpresas assim com frequência...

Ralentar não significa desistir, é continuar insistindo de outro jeito. Vimos como Negro Gato chegou até mesmo a experimentar a abstinência do álcool, um efeito que não obedecia a uma intervenção propriamente dita, mas a uma interferência. De outra parte, há casos semelhantes nos quais várias recaídas se sucedem, podendo dar a

entender a todos – usuário e equipe – que nunca se sairá disso, no entanto as interferências vão se somando ao longo do tempo e mudanças acabam por se concretizar. Ou não, mas durante todo o trajeto o cuidado foi muito maior do que tão somente por meio de intervenções, que às vezes podem ser traumáticas. Cuidamos e só por isso já valeu, boas marcas ficarão mesmo que não consigamos medi-las com tanta facilidade, porque nossas metas macropolíticas não foram alcançadas ainda, de imediato.

No capítulo IV e seguintes, vimos o que seria darmos voz tanto aos sentidos que os atravessamentos de adoecimento e morte têm para a vida daquele(a) de quem cuidamos, como para novos agenciamentos de vida e saúde, a fim de que, cientes do entrecruzamento de tudo isso, possamos mediar novas interferências cuidadoras. O “nós” aqui é todo mundo envolvido, incluindo o(a) usuário(a)-cidadão(ã) para quem o PTS é proposto. Desenhar uma versão de plano de cuidados, sempre provisório como todo o PTS, é recolher todo o trabalho feito até então, que temos discutido nos capítulos anteriores.

No caso de Negro Gato, que apresentamos acima, para se chegar nas mudanças que vimos, muito caminho havia sido trilhado, antes, pelas equipes:

“Num primeiro momento, o CAPS III atende ao encaminhamento da família, realizando visita domiciliar, identificando três sujeitos com demanda em saúde mental e realiza a administração de medicação de depósito. Negro Gato era uma dessas pessoas. Contudo, apesar da família, inicialmente e sob pressão dos profissionais, acatar esta conduta, deixa clara a recusa tanto do cuidado medicamentoso quanto institucional no CAPS. A partir dessa recusa, um profissional do CAPS passa a se reunir com a EqSF para pensar outras ofertas de cuidado territorializado e, neste momento, é aberta a possibilidade de conhecer efetivamente a família. Foi

possível, assim, dar ouvidos para as falas dos familiares e dos ACS que são da comunidade, e que convivem com aquela família desde a infância” (SAMPAIO et al., 2016, pg. 289).

Ou seja, ralentou-se o cuidado, todos(as) os(as) envolvidos(as) em certo momento mudam de conversa e reapresentam-se entre si, ouvem-se, incluindo o maior interessado, Negro Gato:

“Foi possível então escutar e acolher sua demanda de cuidado, a partir da qual, mesmo reconhecendo que fazia uso danoso de álcool, não desejava abstinência, nem intervenção medicamentosa que lhe “deixava avoado”, sem conseguir trabalhar. A escuta de seu projeto de vida (que incluía continuar bebendo), possibilitou a construção de um projeto de cuidado singular e compartilhado, onde Negro Gato era protagonista” (SAMPAIO et al., 2016) (pg. 290).

Os desdobramentos disso vimos no início deste capítulo.

Abrindo-se para a redução de danos

Resultados como os que foram recolhidos por Negro Gato podem ser atribuídos a práticas de redução de danos (RD), uma proposta que tem tudo a ver com o projeto ético-estético-político de quem trabalha com projetos terapêuticos, e tem tudo a ver com ralentar o cuidado e permitir interferências. Inventada na Holanda dos anos 1980, para o enfrentamento da alta transmissibilidade dos vírus HIV e da hepatite B (atualmente também da hepatite C) devida ao compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, a RD chega ao Brasil em uma experiência pioneira em Santos-SP, na mesma gestão municipal da qual apresentamos, no capítulo II, o principal “nasci-

mento” do PTS (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2017). De cenários de atuação tão peculiares, a RD se tornará uma estratégia para a abordagem de problemas relacionados a álcool e outras drogas, mas também será incorporada em outras áreas do cuidado em saúde que não somente a saúde mental, consistindo hoje em uma importante estratégia e filosofia de cuidado que situa o uso intensivo de drogas, lícitas e “ilícitas”, e outros consumos e hábitos, que sob outro ponto de vista tomamos como fatores de risco ou causalidade de agravos, como parte de uma vida singular, esta sim tomada como mais importante (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2017).

As primeiras práticas de RD envolviam as trocas de seringas, com atividades de educação em saúde, mas passaram a incluir a distribuição de outros insumos e vacinações para prevenção de doenças infecciosas, ainda bem demarcadas por um olhar predominante do sanitarismo. O objetivo sempre foi abrandar os danos provocados pelo uso intensivo das drogas quando as pessoas não conseguem interromper seu uso, ou mesmo decidir de modo compartilhado, se for o caso, pela parada com a droga neste momento de suas vidas, a fim de defender suas vidas acima de tudo (INGLEZ-DIAS et al., 2014; VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2017). Desta primeira experiência santista, outros programas de redução de danos surgiram no Brasil, nos anos 1990, e na década seguinte já temos a incorporação desta estratégia na política pública brasileira, mesmo que com grandes dificuldades para sua efetividade, devido a vários fatores, como desconhecimento sobre seus princípios (por exemplo, a abstinência não é negada, só não é condição), baixa articulação institucional e subfinanciamento, se compararmos com experiências em outros países, como em San Francisco/Califórnia/EUA (BRASIL, 2005; INGLEZ-DIAS et al., 2014; MACHADO; MODENA; LUZ, 2020).

Não cabe aqui neste livro aprofundar sobre a ampla gama de disputas em torno da RD no âmbito político-institucional, o importante para o plano de cuidados é que, seja em tempos de precariedade da saúde como o que vivemos quando escrevemos este livro, seja em tempos nos quais as políticas públicas posicionam o setor saúde como sendo uma das prioridades em uma sociedade, a RD sempre produzirá tensões, em maior ou menor grau, e será sabotada, pois interroga valores econômicos e morais

conservadores, que constituem historicamente nossas sociedades. No entanto é justamente nessas tensões que está sua força e sua permanência entre nós, ainda bem. Há quem defenda que RD tem a ver com interferências produzidas nos encontros cuidadores, que apontam para facilitar novos modos de viver, criando novos sentidos para si. Antonio Lancetti (2020) é um destes formuladores e participou das primeiras experiências vividas em Santos.

Voltando a Negro Gato, como discutimos no capítulo IV, podemos observar que agenciamentos de vida e saúde precisam ser articulados, não são espontâneos. E também já propusemos ao longo deste livro que tal articulação para a mudança só é possível se houver abertura para cuidado e disposição para habitar o território das tecnologias leves. Neste caso, algumas desterritorializações aconteceram: da equipe, da família e do próprio usuário. A abertura para o cuidado já estava presente desde o início, mas, com impasses e recuos, as escolhas apontaram para um “calma lá!”, como se todos(as) decidissem “parar tudo e começar de novo”: houve um acontecimento ali, uma magia a-significante, um acolhimento de novos fluxos existenciais que estavam em potência e agora adquiriam vida efetiva. A RD então foi a estratégia-ferramenta escolhida para a nova etapa que se abria para todos(as) e que potencializou o acontecimento cuidador nos tempos que se seguiram a ele, abrindo a passagem de novos fluxos de vidas nas vidas vividas, como sempre aponta Merhy, em suas falas sobre o cuidado.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2005(Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental.).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêuti-

co singular. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2008((Série B. Textos Básicos de Saúde)). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232007000400007-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

CUNHA, G. T. A construção da clinica ampliada na atenção básica. 2004. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312384>. Acesso em: 8 nov. 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2005. v. 4, (Coleção TRANS).

HENZ, A. O. et al. Cabeça Dizpensa, corpo desvago: experimentações de um Laboratório de Sensibilidades. *Fractal Rev. Psicol*, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 96–102, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000200096. Acesso em: 19 jan. 2021.

INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil contribuições de um programa norte-americano. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 147–158, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 abr. 2021.

LANCETTI, A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. Editora Hucitec. São Paulo. 2020.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. da. *Das proposições da política às práti-*

cas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 30, p. e300118, 23 set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n1/e300118/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MERHY, E. E. Le “viste dei punti di vista”: Tensioni all’interno dei programmi di “salute della famiglia” e possibili strategie di intervento. In: MERHY, E. E.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. (org.). *Problematizzando Epistemologie In Salute Colettiva Saperi dalla Cooperazione Brasile e Italia*. [S. l.]: Editora da Rede Unida/CSI-Unibo, 2015. p. 127–138.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E.; GONÇALVES, R. B. M.; MERHY, E. E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 117–149.

MONÉGALHA, F. O tempo do sentido: cronos e aion no pensamento deleuzeano. *O Manguenzal-Revista de Filosofia*, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 88–95, 23 jun. 2018. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/omanguenzal/article/view/9411>. Acesso em: 24 abr. 2021.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico e as mudanças nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008a(Saúde em debate, 183).

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008b. p. 283–297.

ONOCKOCAMPOS, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saú-*

de Pública, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 723–731, set. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2000000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2021.

PETRINI, C. et al. Slow Food. A centralidade do alimento. Documento do congresso 2012-2016. [S. l.], 2016. Disponível em: https://slowfood.com/filemanager/official_docs/SFCONGRESS2012__A%20centralidade_do_alimento.pdf.

RAMOS, A. M. L. Saúde mental, cidadania e sistemas locais : a experiencia de Santos. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1996. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8694>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SAMPAIO, J. et al. Negro gato e suas outras formas de existir: a visibilidade da multiplicidade de ser como possibilidade de produção de redes vivas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 01, p. 288–291. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832019000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 537–546, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537-&lng=pt&tlng

pt. Acesso em: 12 out. 2020.

VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas., 2017. v. 5, (SUPERA).

capítulo VIII

Fabricando um projeto terapêutico singular:
a educação permanente e o diário cartográfico.
Uma experiência de compartilhamento.



CAPÍTULO VIII

Fabricando um projeto terapêutico singular: a educação permanente e o diário cartográfico. Uma experiência de compartilhamento.

Conceitos e proposições centrais

O PTS tem sido usado em vários contextos: cuidado em saúde, atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão em saúde.

O grande desafio é trazer os diferentes pedidos, necessidades, convicções, perspectivas, afetos, desejos e conflitos para uma mesma mesa de negociação. O referencial aqui proposto para reunir coletivos é o da educação permanente em saúde (EPS), que pode se beneficiar de uma garantia de espaço político-institucional.

Na fabricação do PTS, além de oficinas de EPS, podem ser feitas entrevistas abertas ou focalizadas, oficinas amplas com todes envolvidas.

Em qualquer dos cenários, pode ser usado o diário cartográfico como ferramenta para registro das investigações, no qual, além das informações objetivas, registramos processos e afetabilidades.

A construção do PTS, projeto ético em si mesmo, demanda a delicadeza de posicionamento sobre o valor da vida do(a) outro(a), tanto com o usuário(a) cidadão(ã) como com as equipes envolvidas.

Finalmente, é chegado o momento de conversarmos sobre o “como se faz” um projeto terapêutico singular (PTS), uma temática a princípio simples, mas que, veremos, na verdade não caberia num único capítulo e, por isso, aqui faremos o que fizemos ao longo do livro: ao invés de uma discussão extensiva e minuciosa, queremos chamar a atenção para certos aspectos, abrindo e instigando debates, estimulando vontades de

se fazer a própria experimentação, de modo aberto e livre.

Primeiro é preciso dizer que o PTS, ou ferramentas relacionadas a ele, ou toda essa estratégia de cuidado em saúde que ele representa, têm sido usado em vários contextos: no próprio cuidado em saúde (qualquer pessoa que atende outra na saúde acessa, em maior ou menor grau, o cuidado, e há inúmeros relatos de equipes de saúde mental e de atenção básica, entre outras Brasil afora, que assumem o PTS como ferramenta de trabalho); em atividades de ensino (no nosso caso e de vários colegas que conhecemos, na educação médica e em outros cursos da saúde); em pesquisas (citamos algumas delas ao longo dos capítulos anteriores, de uma ou outra delas pudemos participar, mas existem muitas pesquisas em saúde nas quais o PTS está presente, seja com ferramenta de investigação, seja com objeto de estudo); atividades de extensão universitária (as próprias atividades de ensino que citamos acima têm efeitos nas comunidades onde se inserem e podem redundar em projetos aplicativos junto a comunidades); e, por último, para apoiar a gestão em saúde (os projetos terapêuticos constituem poderosos dispositivos para estudos de situações que se somam a outras análises sobre a gestão em rede e da coordenação do cuidado, que é ou não produzido em sistemas locais e regionais de saúde).

Para cada eixo desses, caberia desenvolvermos uma reflexão mais aprofundada, talvez até em vários livros específicos, mas fazer isso iria além dos objetivos deste livro. O importante aqui é pensar que os cenários de realização de um PTS podem ser os mais variados possíveis e os objetivos igualmente diferentes, mesmo tendo em comum o cuidado em saúde, o que nos leva a uma menor possibilidade de construir PTS com regras ou protocolos rígidos. Ao contrário, é preciso um leque infinito de diferentes ferramentas em sua composição e ainda bem que é assim, pois do contrário enfraqueceria o PTS, como aliás às vezes acontece. Eis, de relance, o tamanho do desafio que é a montagem das cenas para elaboração de um produto tão complexo.

Sim, ao construirmos um projeto terapêutico precisamos “montar” todo um processo coletivo a fim de trazermos todos aqueles diferentes pedidos, necessidades,

convicções, perspectivas, afetos, desejos e conflitos para uma mesma mesa de negociação, certamente a tarefa não é simples, mas é muito gratificante. Só montar uma cena pede uma outra caixa de ferramentas, que em si é complexa e mutante, adaptável e vai depender de cada caso, de cada situação de cuidado ou de inserção do PTS. E não poderia ser diferente, processos coletivos sempre são assim.

Com a grande pressão cotidiana pela demanda em saúde, não é pouca a tentação de preencher logo um formulário com base em um roteiro pré-definido, conforme vimos no capítulo III, e o PTS está pronto! Missão cumprida! Talvez por isso muitos PTS por aí, na melhor das hipóteses, acabam sendo um documento que reúne um conjunto de orientações técnicas (tecnologias leve-duras) que não consideram a vida que acompanha o sofrimento (COUTINHO et al., 2016) e nem são construídos com a participação ativa da(o) outra(o) que é o centro de toda esta ação - a usuária(o)-cidadã(o) cuja vida tem que nos guiar; e, assim, o PTS acaba não fazendo a diferença no cuidado, se comparados ao que os protocolos clínicos já oferecem. Sim, só porque chamamos de PTS não significa que está tudo resolvido, que os resultados são “garantidos”! Não! O PTS por vezes é apresentado como uma solução final do serviço para o outro cumprir, como um protocolo como dissemos, e acaba criando expectativas que não podem ser cumpridas, gerando enormes frustrações. Talvez ele devesse ser apresentado de outro jeito, ou talvez seja preciso assumir que o modo de construí-lo é tão ou mais importante do que o próprio PTS.

Sobre o processo de elaboração do PTS já tem muita coisa disponível na produção brasileira sobre o tema, desde que o assunto entrou na pauta da saúde coletiva brasileira (BRASIL, 2008; OLIVEIRA, 2008a,b). Conforme comentamos no capítulo II, quando tentamos conceituar o PTS, há um consenso de que, para que ele exista, sua construção deve ser coletiva, envolvendo centralmente o(a) usuário(a) que dá sentido para a produção do cuidado. Nesse ponto de vista, uma pessoa sentar e escrever algo que ela chama “PTS”, com base em seus saberes técnicos, por mais sofisticados que sejam, não garantiria um PTS que pudesse efetivamente potencializar o cuidado. Além disso, já escrevemos neste livro que o PTS, ainda que constituído por momentos su-

cessivos de acordo com cada lugar e tempo, é processual, caminha ao longo do tempo e é sempre reavaliado (OLIVEIRA, 2008a,b), modificado, pois durante o processo de sua construção entram em cena muitas outras pessoas, enquanto que algumas deixam de pertencer à mesma cena de cuidado, as visões que compõem a reavaliação permanente vão mudando e com isso novos encontros precisam ser sempre articulados. Lembrem da história da(o) Bj!!!

A educação permanente em saúde para a produção de encontros

Em nossas experiências temos usado, para reunir as pessoas e possibilitar encontros intercessores²³ de produção de projetos terapêuticos, o referencial da educação permanente em saúde (EPS) (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2015). E por quê temos escolhido este referencial, entre outros tantos possíveis? Porque este referencial pode ser usado como uma caixa de ferramentas, pois vem sendo desenvolvido, ao longo das últimas décadas no Brasil, como fruto de um sem número de experimentações práticas de aberturas de diálogos com a cotidianidade da saúde, em espaços coletivos nos quais circulam apostas sobre quais pedagogias fariam mais sentido no mundo do trabalho vivo em ato da saúde. Se o PTS, como vimos no capítulo II, é fruto de um trabalho coletivo, a EPS nasce justamente dos coletivos e para os coletivos, no qual o mundo do trabalho é uma escola.

Sim, estamos propondo que a construção de um PTS e os processos de aprendizagem na saúde são intimamente relacionados, e não se trata de “qualquer” modo de aprendizagem. Diríamos que a EPS adota a diretriz geral das “pedagogias ativas”, ou seja, aposta no protagonismo de educandos [aqui para nós todos(as) os(as) envolvidos(as) no cuidado] no seu próprio processo de aprendizagem, reconhecendo que todas as pessoas que estão na relação do processo de ensino-aprendizagem, que uma dimensão inerente ao mundo do trabalho, têm algo a aprender umas com as outras e

²³ Com relação ao conceito de encontro intercessor, ver capítulo I.

são, ao mesmo tempo, aprendizes e formuladores de saberes]. Por isso, a EPS envolve não só novas estratégias pedagógicas, mas centralmente uma outra política cognitiva para o processo de produção do conhecimento.

Não é de hoje que este debate frequenta a formação permanente em saúde e podemos pensar, por exemplo, que a “pedagogia do fator de exposição”, proposta pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que no Brasil dos anos 1990 e 2000 pretendia transformar a escola médica (CRUZ, 2004), tratava-se de um dispositivo de aprendizagem com a prática e a exposição aos cenários de produção do cuidado, ou seja, já se pensava em uma aprendizagem a partir da experiência²⁴. Da mesma forma, é o caso da educação problematizadora proposta por Paulo Freire (1997), assim como toda e qualquer prática pedagógica em saúde que toma o trabalho e o cenário de vida das pessoas como lugar de aprendizagem, muito já se tem experimentado neste caminho.

Para nós, há um pressuposto segundo o qual as pessoas, frente a problemas concretos em qualquer área ou setor da atividade humana, só vêm sentido no aprender algo se isso tem relação direta com o enfrentamento do problema concreto que está à sua frente (MERHY; FEUERWERKER, 2014). É a partir deste pressuposto que concluimos que há um conhecimento da prática, da experiência do viver e do trabalhar diariamente, que precisa ser reconhecido como um tipo de saber tão válido quanto o conhecimento acadêmico, dito científico. É neste sentido que a EPS agrega na construção de um PTS.

Para Franco (2007) uma unidade de produção do cuidado é também de produção pedagógica, e discute que a partir da experiência de trabalho se produz um conhecimento novo com base nas atividades extraordinariamente ricas que acontecem no cuidado em saúde. A experiência é capaz de produzir uma aprendizagem no plano

²⁴ No capítulo VI fazemos uma discussão sobre o tema da experiência.

cognitivo, que é técnica e estruturada, e outra que se dá no plano da produção de nova subjetividade, ou seja, o encontro com o mundo do cuidado, usuários, equipe e a realidade sócio-afetiva de cada um, onde o desafio do ato de cuidar a cada dia vai imprimindo um novo conhecimento no corpo do trabalhador da saúde, no seu contexto de pertencimento coletivo: um processo de subjetivação, que vai operando mesmo que não se dê conta disto. Isto é o que chamamos de uma nova subjetividade, que vai se formando continuamente, ou seja, cada uma e cada um vão adquirindo formas singulares de perceber o mundo, interpretá-lo e com ele interagir, sempre na sua intensa dimensão relacional onde as existências vão se entrelaçando e produzindo novos sentidos para si, centralmente na alteridade.

“Reconhecemos a existência de duas grandes dimensões no campo da educação, como vimos dizendo até aqui: uma primeira da cognição, que é dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e uma segunda, da subjetivação, que deve ser dada pela capacidade (...) de (se) promover mudanças na subjetividade” (FRANCO, 2007, pág. 430).

Esse aspecto é fundamental para entendermos os processos de EPS e como ele se diferencia da educação convencional. A aposta é a de que a EPS pode mudar os sujeitos em cena, possibilitando dar passagem à formação de novos sujeitos, na medida em que este aprendizado se refere também à mudança de valores, formas novas de perceber o mundo e outros sentidos para o ato de cuidar. Percebemos que com isso há uma produção de mundo e ao mesmo tempo, nesta relação entre o eu e o mundo, uma produção de si. Este é o processo importante a ser reconhecido como efeito desta proposta de ação, que entendemos ser fundamental para que um PTS ganhe vida.

Quando nos vemos diante de casos “complexos” ou “difíceis”, observando que

esta complexidade pode ser mais exigente do que só uma resposta direta dada pela clínica, mas social ou de qualquer outra ordem, como discutimos no capítulo II, então faz todo o sentido buscar apoio e dividir o problema com colegas e amigos(as), ouvir outras opiniões ou obter apoio e, até mesmo, aprofundar a questão com o usuário ou pessoas da sua relação, para melhor entender os problemas, especialmente em seus fundamentos subjetivos. Nesse sentido, as tão faladas “conversas de cafezinho” ou “de corredor” (MERHY, 2014), nos serviços de saúde, onde até casos são discutidos, por si só já nos dizem que a EPS nunca deixou de existir no mundo do trabalho. O que chamamos de EPS seria então um processo constitutivo do mundo do trabalho em geral, da saúde incluso.

O conceito de caixa de ferramentas de Deleuze-Foucault-Merhy, que discutimos no capítulo III, tem tudo a ver com isso. Nos interessam os conceitos, teorias, saberes e modos de fazer de que precisamos frente aos problemas que estão colocados para nós, para podermos analisar as situações e responder adequadamente às necessidades das pessoas e comunidades que estamos cuidando. E este é justamente o espírito da EPS. Por isso, também fizemos a discussão sobre “problema de saúde” no capítulo III. Conforme os vários problemas vão se sucedendo em nosso cotidiano de trabalho, ao longo da vida profissional, vamos acumulando ferramentas, saberes e fazeres, em uma caixa que nunca terminamos, porque estamos aprendendo sempre. Educação permanente passa a ser da rotina do nosso trabalho, da rotina de nossa vida.

No trabalho em saúde devemos apostar sempre no coletivo, porque os saberes do outro completam os meus, e porque quando estamos trabalhando e/ou pesquisando na área da saúde – e em nossos coletivos de pesquisa estas duas ações não são mutuamente excludentes – e somos comprometidos com nosso trabalho, não é estranho querermos compartilhar as alegrias e tristezas, os acertos e os erros, e buscar apoio nos momentos de dúvida. Mas, fundamentalmente, como dizem certos povos originários africanos: sou o que somos, o que sempre me implica como componente do coletivo e como constitutivo no mesmo.

No capítulo I, ao falarmos sobre o encontro intercessor para o cuidado, pudemos trazer um pouco da visão spinozista sobre as afetações que os encontros produzem em nós e que no mundo da saúde estamos mergulhados/as o tempo todo nessas afetações mútuas. Veja o que alguns de nós relatamos, em uma pesquisa:

“Foram tantos os murmúrios produzidos por tantos de nós, pelos desconfortos sentidos, pelas sensações que não entendíamos, por aquilo que nos acontecia nos vários encontros vividos na pesquisa, que se tornou claro, logo nos primeiros meses do trabalho, o quanto precisávamos de espaços-encontro para dar voz e pensamento ao que sentíamos ao longo do caminhar. Era o que fazíamos!” (CRUZ et al., 2016) (pg. 253)

Quando este texto acima foi escrito, estávamos participando de uma pesquisa, da qual temos trazido vários casos para este livro, que trabalhava com a ideia de que os trabalhadores das redes de saúde eram também pesquisadores, porque eles efetivamente produziam os dados, a partir das suas narrativas (MERHY e al., 2016). E se tratava de uma pesquisa sobre o cuidado nas redes de saúde. Se um caso perpassa vários serviços e equipes de saúde, torna-se mais complexa a articulação de encontros entre trabalhadores de todos esses serviços para discussões sobre o caso, porém, e por isso mesmo, tais encontros são ainda mais necessários. EPS.

Veja como se deu um dos fechamentos para o PTS do Negro Gato, o usuário-cidadão de uma pesquisa que apresentamos no capítulo VII:

“Esta experiência se desenvolveu (...) com encontros semanais, que permearam reuniões do CAPS III, reuniões da EqSF, visitas domiciliares à família, produção de um projeto terapêutico compartilhado entre a matriarca da família e profissionais do CAPS III, CAPS ad, Consul-

tório na Rua e NASF, cenários os quais possibilitaram inúmeras conversas com profissionais e usuários sobre suas experiências nesse processo de cuidado” (SAM-PAIO et al., 2016) (pg. 289).

No entanto, fazer funcionar a EPS deste modo, no cotidiano da saúde, não é tão automático assim. Encontros coletivos assim precisaram ser articulados, organizados e coordenados, para que esta produção aconteça e isso é um desafio. Sabemos que equipes de saúde, Brasil afora, costumam enfrentar cargas enormes de trabalho, seja pela relação desproporcional entre capacidade instalada dos serviços e as necessidades da população, seja pela carência de pessoas, de insumos ou outras, ou qualquer que seja o impedimento pragmático. Além disso, os respectivos gestores, que prestam contas a superiores e população, constroem certas escalas de prioridade para as atividades que serão distribuídas às equipes, nas quais os encontros de EPS, em geral, ocupam lugares de menor importância. Nas experiências de que temos participado e considerando as análises que nossos coletivos de pesquisa têm feito, diríamos que uma equipe de trabalhadores da saúde desejarem se reunir para discutir um caso é um pré-requisito para a construção de um PTS. Mas sabemos que nem sempre isso é fácil, devido às pressões de que falamos acima, mas também obstáculos de ordem moral ou corporativas, pois “reunião” e “conversa” nem sempre são valoradas como “trabalho”, ou nem sempre misturar profissionais distintos é visto por todos como “algo correto”.

Ou seja, se por um lado a EPS amplia na medida que conta com uma garantia institucional e política para existir no formato de encontros, sendo que isto depende de quem ocupa a alta direção das instituições de saúde, de outro que precisa também ser oportunizada no interior da própria equipe, que usufrui com seu trabalho vivo em ato de espaço de liberdade para decidir sobre isso. No Brasil, temos um bom acúmulo de experimentações de EPS apoiadas pelas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em vários municípios brasileiros e em diferentes momentos da história de nosso sistema de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2014).

No melhor dos cenários a EPS integra a rotina de trabalho e assim as equipes podem organizar de forma autônoma, dentro da pactuação do seu processo de trabalho na agenda da semana, um tempo para discussão de casos, situações, e suas práticas específicas, ralentando o cuidado, como dissemos no capítulo VII. Por outro lado, outra possibilidade seria os encontros para organizar as ações cuidadoras serem organizados institucionalmente pela própria gestão da rede de saúde. Nesta versão, as equipes devem ter garantia administrativa e política para fazer este trabalho, o que acontece quando a gestão já pressupõe em seu projeto de governo as atividades de EPS em várias ações, como discussões de processos de trabalho, matriciamento, temas vindos de fóruns distritais ou de redes, descentralização da regulação assistencial, entre outros vários, arranjo que abre espaço para problematizar a micropolítica do cuidado. Logo, construir um PTS que depende desses encontros, segue a mesma lógica: demanda algum formato de espaço institucional.

No pior dos cenários, não existe nenhum apoio político-institucional para as equipes experienciem a EPS. Desistir? Não! Certamente que há muito o que fazer no agora, mesmo quando cenários ideais ainda não são possíveis. Vimos que a EPS acontece o tempo todo e em qualquer cenário. Não termos facilidades para organizar encontros coletivos de discussão de casos não nos impede de incorporarmos um “espírito EPS” em todas as nossas ações na saúde, porque queremos o PTS, necessitamos dele para cuidar. Além disso, atividades para construção de projetos terapêuticos são de vários tipos, temos muitas tarefas que acontecem com poucas pessoas ou por vezes em plena cena de cuidado.

Entrevistas na construção do PTS

Nem sempre as atividades de elaboração de um PTS, especialmente quando estamos reconstruindo histórias de vida²⁵, se dão em reuniões de várias pessoas. Não raro precisamos conversar individualmente com alguns sujeitos que estão envolvidos no caso, que são tanto “fontes” de informação ou informantes-chave, como também possíveis aliados para compor um plano de cuidados. Em casos assim usamos técni-

cas da entrevista. Existem entrevistas de natureza clínica e outras voltadas à pesquisa qualitativa, e no último caso ela é definida como: “...uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores (...) destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista o objetivo” (MINAYO, 2014, pg. 261). Uma “conversa com finalidade”, resume a autora.

Seguindo com esta nomenclatura de técnicas de pesquisa para nos orientar, é bom lembrarmos que há tipos de entrevistas. Na elaboração de projetos terapêuticos, quando as conversas são quase sempre permeadas de reconstruções de histórias de vida, em geral realizamos entrevistas do tipo abertas ou em profundidade, ou no máximo entrevistas focalizadas. Isso porque não queremos cercear as falas dos(as) entrevistados(as), queremos que a experiência dessas pessoas possa aparecer. Ou seja, o roteiro não é fixo nem explícito, embora o(a) entrevistador(a) carregue consigo os objetivos da entrevista bem definidos para auxiliar durante a conversa. Mas eventualmente há necessidade de “focar” em temas específicos, quando os objetivos pedem, e nestes casos o(a) entrevistador(a) assume temporariamente a condução da conversa. Nos outros momentos, quem conduz pode ser o(a) usuário(a).

Embora na prática não haja diferenças tão importantes, uma entrevista pode ser feita para o cuidado à pessoa, no caso algo parecido com uma anamnese clínica, ou, ainda, porque estamos no contexto de uma pesquisa e precisamos de informações. Neste caso, há muitos cuidados a serem tomados quando da realização de entrevistas, como: contatos prévios; escolha do espaço físico ou virtual; apresentação clara ao entrevistado contando quem é, vínculo institucional, finalidades, justificativa da escolha do entrevistado, evitar situações constrangedoras, e a garantia de anonimato e sigilo, especialmente quando se pede autorização para gravar (GONÇALVES; LISBOA, 2007; MINAYO, 2014). Quando voltado ao cuidado da pessoa, o espírito de pesquisa é uma

²⁵ Sobre reconstrução de histórias de vida na elaboração de um PTS, ver capítulo VI.

boa orientação para a fabricação do PTS, pois conhecer o caso e aproximar-se das singularidades em jogo, conforme vimos nos capítulos de III a VI, pede para nós uma atitude investigativa.

Importante lembrar o momento inicial das entrevistas, quando se estabelece a relação com o(a) usuário(a), deve-se procurar estabelecer algum vínculo, no sentido de que ele(a) se sinta acolhid(a)o, e assim ter a confiança necessária para expor uma narrativa do seu problema de saúde, além do contexto de vida. Este é um momento em que o(a) profissional de saúde – e/ou pesquisador(a) – mostra a sua capacidade de percepção do outro, para com ele interagir. É uma produção em ato, então, a pessoa que vai entrevistar deve estar preparada para situações não previstas, para o inusitado, deixando que o(a) usuário(a) fale mais livremente, à vontade, e desta forma as questões mais relevantes certamente virão à tona.

Após algumas atividades, como análise de prontuário, oficinas de EPS para discussão do caso e entrevistas individuais, entre outras, acumulam-se informações, relatos e anotações de discussões coletivas sobre tudo isso. Novos encontros de EPS podem então trabalhar sobre este material, processá-lo. Mas ainda não temos material de base para elaboração do PTS. Antes da escrita de um documento que concretize uma versão – sempre datada – do mesmo, temos um acervo de notas que possibilitam os debates nos encontros de EPS. Como fabricamos este acervo? Em nossos coletivos de pesquisa temos usado ferramentas como o diário cartográfico (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

O diário cartográfico na construção do PTS

Chamamos “diário cartográfico” um tipo de diário de campo que temos usado em pesquisas, mas que também podemos usar para fabricar o PTS. Este nome foi dado em função da abordagem chamada “cartográfica”²⁶, que temos usado em pesquisas bastante citadas neste livro. São pesquisas realizadas no encontro, nas quais quem pesquisa – abrindo mão de sua imparcialidade e de sua objetividade – deixa-se

afetar pelas vidas que encontra, assim como assume que também as afeta, em uma “interferência dobrada”, tanto da pesquisa nos sujeitos que encontramos, como deste “campo” na equipe de pesquisa (SLOMP JUNIOR et al., 2020). Ora, se o PTS exige de nós algum grau de investigação, então podemos aproveitar ferramentas de pesquisa para nos ajudarem na organização das atividades de construção do PTS.

A cartografia, como a entendemos aqui, é um modo de estar no mundo que tem por objetivo dar expressão aos afetos (ROLNIK, 2014), ou seja, revelar, para além dos aspectos objetivos de uma pessoa e seu problema de saúde, os processos subjetivos, que dizem respeito também ao seu corpo afetivo. Ela é escolhida quando temos interesse em acontecimentos no plano sensível do corpo da pessoa e de suas relações sociais, que nem sempre são ditos ou vistos com facilidade. Pesquisas conduzidas cartograficamente só funcionam quando o pesquisador de fato vive um encontro no campo de pesquisa, se encharca da realidade vivida, é afetado e afeta, e sempre sai diferente do que quando entrou, porque esta pesquisa tem a potência de produzir o conhecimento sobre o objeto de estudo mas ao mesmo tempo produzir o(a) pesquisador(a), interferindo no modo de ver o mundo (CERQUEIRA GOMES, 2014).

Quem pesquisa assim passa a ser agenciado pela própria experiência adquirida no ato de pesquisar, que é um novo encontro na vida. Em uma pesquisa assim abrimos

²⁶ Com relação à cartografia na pesquisa em saúde, ver, por exemplo: BENET, M.; MERHY, E. E.; PLA, M. Becoming cartographer. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, v. 16, n. 3, p. 229-246, 8 nov. 2016; CRUZ, K. T. da et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 02, p. 254-271; ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2ª edic ão. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS, 2014; SLOMP JUNIOR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital*, v. 20, n. 03, p. 01-21, 2020; SLOMP JUNIOR, H. et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

o radar para os desejos, afetos, especialmente para as relações, nas quais sempre há alguma troca de poderes. Coisas que, para serem captadas e registradas, não bastam os sentidos (visão, audição) e o pensamento racional do(a) pesquisador(a), mas que além de tudo isso, pede também que todo seu corpo entre em cena, para que sua própria vida interaja com as vidas que estão no campo de pesquisa. Além disso, este é um tipo de pesquisa na qual sabemos que o ato de pesquisar, por si só, produz interferências no campo de pesquisa.

O profissional-pesquisador-cartógrafo não é aquele que vê de longe como as coisas são, ou escuta o que as pessoas do campo dizem e então registra *ipsis litteris*, para depois reproduzir exatamente como aconteceu ou como foi dito, o que é uma impossibilidade. Os procedimentos objetivos de produção de dados de outros tipos de pesquisas captam certos aspectos da realidade, também importantes, mas fica uma insuficiência, porque muitas questões importantes não são captadas, especialmente os acontecimentos e as subjetivações, conforme temos discutido ao longo do livro. E pode ser que estas sejam justamente as coisas que mais precisamos acessar em certo momento de certas vidas, para que nosso PTS ganhe potência.

O(A) leitor(a) já deve ter se dado conta de que registrar tudo isso não deve ser tão simples. Além das informações mais objetivas, como por exemplo o delineamento dos problemas de saúde ou os percursos pelas redes formais de saúde, ou ainda dados para desenhar um fluxograma, um ecomapa ou um genograma, entre outras informações, é preciso registrar mais. O diário cartográfico também se ocupa dos relatos das afetabilidades durante a experiência de estar nos encontros e depois deles, já que o que nos afeta nos acompanha, e devemos registrar tudo isso logo, quando esses encontros ainda estão “quentes” (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

No diário cartográfico serão registradas todas as informações que considerarmos importantes, desde as informações técnicas sobre os serviços de saúde e seus processos de trabalho, mas também sobre como foi para nós cada momento deste processo, o que nos afetou, o que nos surpreendeu, deixou marcas, aquilo que fez

sentido para nós e para os(as) outros(as) dos encontros que experienciamos. Mas se fazemos este registro não é para sepultar ou guardar para nós, e sim para usar como material de análise para pensar o cuidado.

O diário cartográfico tem ainda uma outra peculiaridade. Ele não é uma coisa só, por exemplo aquele caderno/bloco de que falamos acima. Ele é também isto. É bom ter onde anotar coisas, palavras-chave, frases, comentários, fazer desenhos ou rabiscos na hora em que se está em campo, vivendo uma cena de cuidado ou de pesquisa para construir um PTS. A cartografia nos permite anotar mais coisas, por exemplo emoções em jogo, mas nem todo mundo consegue anotar tudo o que gostaria de não esquecer, ali, na hora “h”. Em geral a gente foca mais no encontro, ali em ato, do que na nossa escrita, mas vale anotar em ato o que é possível. Claro que, se ficar só nisso, ao final haverá muita pouco material, em comparação com as intensidades do que foi vivido, mas serão palavras que irão ajudar a lembrar da cena e dos acontecimentos, dos afetos, das dúvidas, do não saber, entre outras coisas.

O diário cartográfico pode ser um caderno ou bloco de notas físico ou no telefone celular ou outro dispositivo, nos quais fazemos anotações em tempo real, enquanto estamos vivendo a experiência de construção do PTS, e podemos usar também gravações de som e imagem e outros meios. Podemos usar a imagem de uma caixa, uma caixa de afecções, onde vamos colocando tudo, em qualquer formato (não precisa ser uma escrita), dentro dela pois é o que está fazendo sentido, para “traduzir” o que está nos passando. Isso pode facilitar este processo. Mas, também, pode ser que você prefira anotar “em cena” somente algumas palavras-chaves e fragmentos de falas, para depois – mas não muito depois – escrever uma narrativa sobre esta experiência, conforme vamos discutir a seguir. Cada um(a) tem suas preferências e habilidades. Por isso o diário cartográfico não é um único documento, mas uma composição de meios (SLOMP JUNIOR et al., 2020). O importante é não perder muito do que aconteceu e da própria experiência do encontro.

Recomendamos que a parte principal do diário cartográfico seja um outro texto

(caderno ou folhas soltas, ou um arquivo digital tipo “doc”, ou outro), um texto que se completa depois, ao sentar-se para escrever, após abrir ao lado o caderno ou bloco de notas, ou a caixa de afecção e reviver consigo mesmo tudo o que se passou, atualizar enfim a experiência em um texto livre, corrido, que coloca em palavras tudo o que não se pode perder sem comprometer a investigação para o cuidado que está sendo feita. Alguns de nós acham bem prático usar um mesmo arquivo, só acrescentando as datas de cada dia na sequência, mas cada um(a) tem suas preferências.

Este segundo (e principal) componente do diário cartográfico, sua forma mais completa, deve ser elaborado ainda “à quente”, como dizem os analistas institucionais, ou seja, enquanto as afecções e sua memória ainda está operando em nós e não só na nossa mente, mas no nosso corpo, porque ainda estamos ouvindo alguns diálogos, ainda estamos vivendo o campo, ainda estamos sentindo as(os) outras(os). Se fizermos isso, se nos sentarmos logo depois de encontros como nosso(a) usuário(a) e família e/ou com colegas de equipe, ou outras pessoas envolvidas no PTS, e escrevermos mais a respeito, ficarão registrados a nossa interpretação do “como” aconteceram os próprios encontros, e assim será muito mais fácil não perdermos as informações mais relevantes, as impressões, as percepções, e até os sentimentos que este PTS nos provoca. As memórias das conversas que recuperamos são aquelas com usuários(as), amigos(as) e familiares, mas também as nossas, com colegas de equipe.

Se dizemos que o diário cartográfico se escreve de dentro do campo, isso inclui o pós-campo no tempo cronológico (*cronos*), mas também estamos dizendo que ainda estamos no campo, no tempo flexível (*aion*), porque trazemos o campo em nosso corpo depois de uma experiência cartográfica ou de cuidado²⁷. Vimos no capítulo VI que toda memória é uma lembrança, trazendo novamente para o presente o passado vivido, mas agora de outro jeito: as memórias “atualizam” a experiência, diriam alguns autores. O passado relatado é agora “presentificado”, é um outro passado porque quem

²⁷ Ver a discussão sobre essas dimensões do tempo e o cuidado no capítulo VII.

o vê somos nós, do presente, e por isso é importante anotarmos também os afetos envolvidos (SLOMP JUNIOR et al., 2020). Em um projeto terapêutico não cabem atropelamentos dos tempos da vida do(a) outro(a), mas sim um esforço de ajuste nosso aos seus tempos.

Aspectos éticos para o PTS

Não podemos esquecer nunca que elaborar um PTS para alguém, e/ou reconstruir sua história de vida, pressupõe a exposição de pessoas (usuários, familiares e trabalhadores), e a possibilidade de publicização de informações particulares. Também estamos lidando com uma ou mais histórias de sofrimentos e sentimentos, e as conversas para o PTS os mobilizam novamente. Sem esquecer que estamos diante de vidas que mal conhecemos, com quem temos um convívio mínimo, o que nos impede de formular juízos fáceis sobre a outra pessoa.

Preocupações éticas neste sentido devem acompanhar nosso trabalho o tempo todo, em todos os momentos, em cada encontro e no cuidado com registros e documentos, além das análises e escritas posteriores, se houver alguma publicação decorrente deste trabalho. Entre trabalhadores de uma mesma equipe e entre equipes, é importante “contratar” espaços eticamente protegidos para que as falas possam acontecer (OLIVEIRA, 2008b).

As entrevistas também podem ser gravadas e depois transcritas. Se o trabalho faz parte da rotina de atenção à saúde, cabe verificar quais as diretrizes éticas institucionais a serem seguidas. Mas, se o trabalho faz parte de uma pesquisa, é preciso a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa. De qualquer maneira, serão sempre tomadas todas as medidas de proteção da confidencialidade.

O mais importante é nunca perdermos de vista que tudo o que está sendo feito só tem uma finalidade e, por isso, precisamos nos centrar nela: a saúde do o(a) usuário(a) cidadão(ã), e a aposta de que isso implica em ações que possam alavancar a

produção de mais vidas nas vidas vividas, por qualquer um(a).

Referências

BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

CERQUEIRA GOMES, M. P. e MERHY, E. E. (org.) Pesquisadores In Mundo. Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Editora Rede Unida. 2014. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/pesquisadores-in-mundo-um-estudo-da-micropolitica-da-producao-do-acesso-e-barreira-em-saude-mental/>. Acesso em: 10 abril 2022.

COUTINHO, G. L. de O. et al. A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental. In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 296–300. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/co-lecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-sau-de-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CRUZ, K. T. da. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. 2004. 334 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CRUZ, K. T. da et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 254–271.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface comun. saúde educ*, [S. l.], , p. 427–438, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003. Acesso em: 2 abr. 2022.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. Disponível em: <http://www.ccae.ufpb.br/gepeees/index.php/biblioteca-freire>. Acesso em: 25 set. 2020.

GONÇALVES, R. de C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. *Revista Katálysis*, [S. l.], v. 10, n. spe, p. 83–92, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-49802007000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

MERHY, E. E. A organização não existe. a organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional IN L'Abbate, S. e al. *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. Editora Hucitec. São Paulo. 2014.

MERHY, E. E. e al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.1 e v. 2.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 07–14, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. de S. et al. (org.). *Informar e educar em saúde: análises e experiências*. Salvador : Rio de Janeiro: Edufba ; Editora Fiocruz, 2014. v. 01, p. 05–21.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, [S. l.], v. 2, p. 147–160, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2006.v2n2/147-160/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 2014(Saúde em debate, 46).

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008a(Saúde em debate, 183).

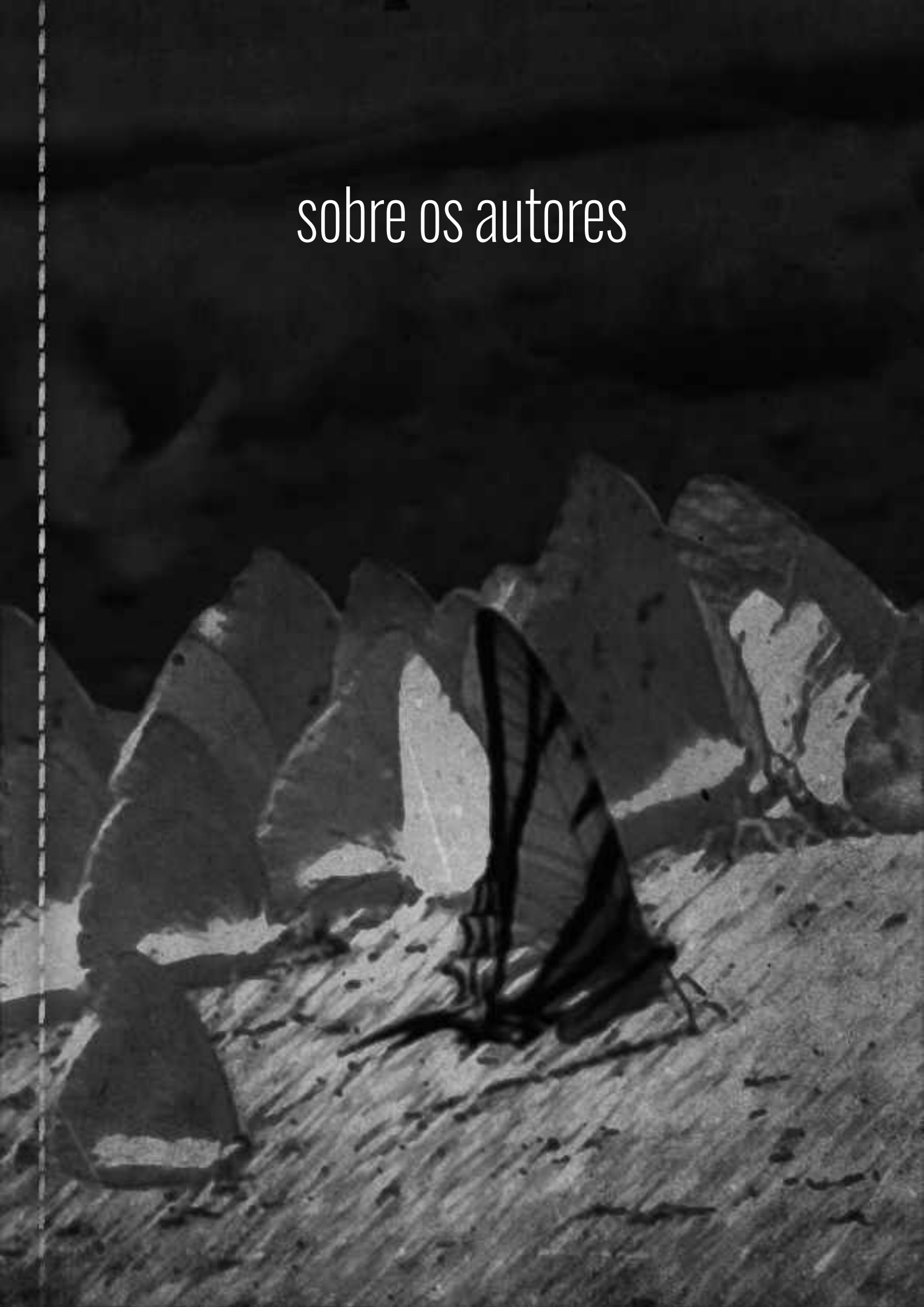
OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico singular*. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008b. p. 283–297.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2a edição. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS, 2014(Coleções Cartografias).

SAMPAIO, J. et al. *Negro gato e suas outras formas de existir: a visibilidade da multiplicidade de ser como possibilidade de produção de redes vivas de cuidado*. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 288–291. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SLOMP JUNIOR, H. et al. *Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa*. *Athenea Digital*, [S. l.], v. 20, n. 03, p. 01–21, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/>.

sobre os autores



INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Helvo Slomp Junior

Médico homeopata e psiquiatra, com experiência profissional nas áreas de atenção e de gestão em saúde, e na música. Professor Adjunto do curso de medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da UFRJ, e professor visitante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPR. Mestre em Farmacologia/Neurociência pela Universidade Federal do Paraná UFPR. Doutor em Medicina pela UFRJ. Pós-Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF). Companheiro da Edna, e pai de Yan e Nino.

Túlio Batista Franco

Psicólogo sanitarista, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, e pós-doutor pela Universidade de Bolonha, Itália. Professor titular do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense, onde é também Diretor do Instituto de Saúde Coletiva. Orientador de Mestrado e Doutorado nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC (UFF); e, Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - PPGBIOS (UFF-UFRJ-ENSP-UERJ). Líder do Observatório de Redes de Cuidado e do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde - CNPq/UFF. Coordenador Geral da Rede Unida (2018 a 2022), e um dos coordenadores da Frente pela Vida.

Emerson Elias Merhy

Médico Sanitarista desde 1976. Professor Associado, aposentado da Universidade Estadual de Campinas. Livre Docente pela Universidade Estadual de Campinas. Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, lotado no Curso de Medicina do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé. Coordenador do Grupo de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva (CNPq/UFRJ), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunida-



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO DISPOSITIVO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

des e Ecologia Social da UFRJ, junto ao Instituto de Psicologia.

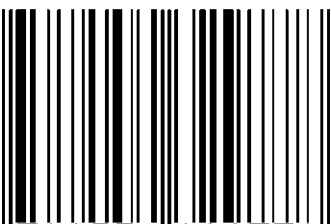
Professor Permanente deste Programa.

Companheiro da historiadora Erminia Silva, pai do Pedro, da Emília e de coração da Nathália.

projeto terapêutico singular como dispositivo para o **cuidado compartilhado**

helvo slomp junior
túlio batista franco
emerson elias merhy

ISBN 978-85-54329-77-8



9 788554 329778 >

0 00000 00000 0

editora



redeunida