

*Caiu na rede
mas não é peixe*

*Vulnerabilidades
Sociais e Desafios
para a Integralidade*

Marta Conte (org.)

©Marta Conte, 2015

Direção Editorial: Marta Conte – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS (e-mail: martacte@gmail.com)

Comissão Editorial: Alda Regina Soyaux – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Cintia Germany – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Elisane Coutinho da Silva – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Jarbas Figueira Osório – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Patricia Genro Robson – Escola de Saúde Pública/SES/RS

Rebeca Litvin – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Sabrina da Cunha Godoy – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Sandra Luiza Mondin – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Simone Meyer Rosa – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Yara Unis Castan – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Equipe de Apoio: Divisão de Ensino e Pesquisa do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Capa: Alessandro Dargilan Jacques Trindade – Hospital Sanatório Partenon/SES/RS

Projeto gráfico e diagramação: Imagine Design

Revisão: Renato Deitos

Impressão: Gráfica e Editora Pallotti

C138 Caiu na rede mas não é peixe: Vulnerabilidades Sociais e Desafios para a Integralidade / Marta Conte (org.) – Porto Alegre: Pacartes, 2015.

168 p.: il.

ISBN 978-85-8437-018-4

1. Vulnerabilidade Social. 2. Integralidade em saúde. 3. Pesquisa Interdisciplinar.
4. Ação Intersetorial. 5. Redes Sociais. 6. Saúde Pública. I. Conte, Marta.

CDU 316.35

Sumário

Agradecimentos _____ 5

Prefácio

Tecer redes... _____ 7

Sandra Djambolakdjian Torossian

Apresentação _____ 9



1 Pesquisas e Intervenções Institucionais _____ 11

Diversidade e dilemas nos caminhos da integralidade _____ 13

Rafaela de Quadros Rigoni

Acompanhando epidemias e vulnerabilidades: algumas experiências sobre a escuta _____ 25

Rafael Gil Medeiros

“Você é de quem?” Integralidade do cuidado em saúde mental ____ 39

Pâmela de Freitas Machado, Daniela Campo Tomazini

Internação para tratamento da tuberculose: elementos que contribuem para a construção social da vulnerabilidade _____ 55

Rosana Maffaccioli, Simone Meyer Rosa, Dora Lúcia de Oliveira

Desafios na implantação do Plano Terapêutico Institucional no Hospital Sanatório Partenon: análises da pesquisa PPSUS _____ 69

Marta Conte, Elisane Coutinho da Silva, Rebeca Litvin, Franciane Moreira Moresco, Bibiana de Oliveria Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

Acolhendo as dificuldades de adesão dos pacientes com HIV/Aids ___ **93**

Rosa Maria Bittencourt Mayer, Eleotéria Rosane dos Santos,
Alane Viñas Nardi, Jaqueline Conz

**A experiência do Projeto Arpão: Comunicação, Participação e
Prevenção entre Detentos do Presídio Central de Porto Alegre** ___ **109**

Liandro Lindner, Domiciano Siqueira

**Do cuidar ao cuidado: rastreamento do perfil epidemiológico
na atenção a doenças sexualmente transmissíveis numa
amostragem da população privada de liberdade** _____ **117**

Sabrina Azevedo Wagner Benetti, Ana Paula Bouscheid, Daiane R. Steiernagel



2 Clínica ampliada _____ **129**

**Entre o real e o ideal, o que é possível? Projeto Terapêutico
Singular e Conceito Ampliado de Saúde** _____ **131**

Greice Niara Bizarro, Osvaldo Martins de Carvalho, Franciele da Silva
Delevati, Veridiana Farias Machado, Mariana Vanuza Vieceli, Taciana
Madruga Schnornberger

Redução de danos como ética do cuidado _____ **143**

Daniel Araújo dos Santos

Em busca da adesão à vida _____ **155**

Alda Regina Soyaux, Sandra Luiza Mondin, Yara Unis Castan

De tartaruga a passarinho: como acompanhar transições? ___ **161**

Biana Vasconcellos Lauda



Agradecimentos

Aos autores que disponibilizaram suas experiências cotidianas para compor possibilidades de superação de obstáculos, com ética e cuidado, visando qualificar a atenção integral às populações vulneráveis.

Aos gestores, profissionais, pesquisadores, colaboradores e bolsistas de iniciação científica do Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS) e da Escola de Saúde Pública (ESP/SES/RS) que colaboraram com seu trabalho, trocas, reflexões e ousadia para elaboração desta obra.

A todas as pessoas, usuárias da rede pública, que ajudaram com suas trajetórias de vida e itinerários na rede a ampliar a capacidade de análise dos autores através do diálogo, do vínculo e dos afetos.

À colega Sandra, coordenadora da Rede Multicêntrica (UFRGS), que não abandona o “barco” e traz histórias no Prefácio que nos acalantam e acompanham nas travessias intersetoriais.

E ao Ministério da Saúde/ Edital PPSUS n. 002/2013 e à FAPERGS pela aposta neste projeto de pesquisa.



Prefácio

Tecer redes...

Passsei alguns verões numa comunidade de pescadores. Ali mergulhada, a cada vez, fui aprendendo novos códigos nos modos de viver. Acostumada com a vida na cidade, permeada por cores, cheiros e sabores de urbanidade, o tempo ali vivido, além do descanso procurado no intervalo das atividades laborais, foi sempre um tempo de contato com outras experiências de vida e outro universo de significações.

Tecer redes. É essa uma imagem que ainda me habita. Mãos hábeis e envelhecidas pelo sol transformam as linhas em rede. Enganchadas em postes ou grades decorativas das moradas, vão sendo trançadas e enosadas, pacientemente. Sem o tempo da cidade, que ficou para trás.

Nessa comunidade aprendi também alguns códigos da pesca. É malvisto aquele que caminha pela praia e não ajuda a retirar o barco do mar. Se for turista, é desculpado, mas qualquer grau de intimidade com a comunidade traz também a obrigação de colaborar com essa tarefa.

Cada um vai ao mar com seu barco, deixa lá a rede e retorna em outro momento do dia para retirá-la. Quando sai, organiza, guarda, vende ou distribui o peixe. “Aqui ninguém passa fome”, afirmam os moradores. “Sempre há um peixe, mesmo para quem não pode comprá-lo.”

Em dias de cardume, há arrastão. O melhor peixe é o do remador. Retirado esse, uma parte da pesca é do dono do barco; o restante é dividido entre todos os envolvidos e entre outros membros da comunidade. É bonito de ver. Uma prática comunitária nunca vista na cidade.

Além de peixe, há histórias. Elas também compõem a rede de significados e de significações dessa comunidade. Algumas são contadas ao modo “histórias de pescador”, outras, em momentos de lazer e reuniões de diversão. Histórias dos tempos antigos, histórias de amor, alegrias, tristezas e durezas da vida no mar.

Histórias também se tecem no dia a dia. Do mesmo modo que a imagem das mãos tecendo rede foi, para mim, paradigmática dessa experiência, outra lembrança que se fixou em minha memória. Há um menino que ronda a praia. Passa de casa em casa, de barco em barco, a cada dia.

Num dia ensolarado, o menino acompanhava uma das mulheres que limpa o peixe. Curiosa, me detenho na conversa. A cada corte preciso com faca afiada, ela conta algumas histórias sobre o avô do menino. Ele tem pouca idade. Choco-me, num primeiro momento, porque as histórias são, às vezes, cruéis e acompanhadas de forte conteúdo moral. Ele as escuta atentamente e as digere com prazer.

Depois de recuperada da perplexidade inicial, vou escutando e pensando na importância dessa atividade narrativa. Dos meus contatos anteriores com essa história sei que o menino é cuidado pela avó, que, já cansada da vida dura, não consegue dar conta dele, a não ser proporcionando-lhe um lugar para morar, às vezes comida e às vezes outros cuidados. É muito cuidadora essa avó, mas, também, muito cansada. A mãe do menino mora na casa e, quando pode, é boa cuidadora. No entanto, suas atividades e seu relacionamento com algumas drogas a retiram, frequentemente, da cena.

Assim, ele circula a cada dia recolhendo cuidado e histórias. Todos cuidam dele, os pescadores, as mulheres, as outras crianças. Oferecem-lhe comida, afeto, brincar. Ele andou morando

“na cidade”, me contam. “Andava nas ruas, quase perdido. Ainda bem que voltou, senão seria uma criança de rua, desprotegida”, comentam.

Caiu na rede mas não é peixe. É pescado a cada dia, resgatado da solidão em que se encontra, pela vida em comunidade. É pescado para a vida. As histórias que lhe contam, da sua família e da sua comunidade, apesar de virem carregadas de importante julgamento, são a rede narrativa que lhe segura à vida.

O estilo de contar e de narrar é semelhante ao utilizado para outras ocasiões. Os moradores da comunidade se cuidam uns aos outros, mas esse cuidado é também, muitas vezes, por eles relatado como invasivo. Um ténue limite.

É desse limite que este livro trata. Limite entre a autonomia e a dependência, o acesso e a exclusão, a vida e a morte, entre o cuidado e a invasão, entre o que se pesca para descarte e o que se resgata para a vida. Um livro com histórias da cidade.

Vulnerabilidade é o termo escolhido para fazer a costura entre uma e outra das histórias narradas. Um termo que carrega consigo todo o paradoxo que até aqui aponte é ampliado e problematizado. Vulnerabilidade que, ao ser pronunciada como rótulo ou discriminação, poderá transformar-se em processos de maior vulnerabilização, tornando-se adjetivo fixo para a população atendida.

O esforço deste livro é justamente o contrário. Busca-se com as narrativas produzir rupturas nessa fixidez. A vulnerabilidade não é estática, mas um modo de reconhecimento de certas condições de vida das populações atendidas para colocá-las em movimento. No tecido desta rede de palavras sustenta-se o trabalho com essa população, trata-se de outro tempo em relação ao vivido, no qual é possível elaborar a experiência. Outro tempo que aposta no acolhimento, no acesso, na escuta e no vínculo.

Assim, entre uma e outra história, muitas vezes cruel e impactante, como as que o menino escutava, sustenta-se, entre os autores, uma possibilidade de continuar o trabalho. Por isso, este livro é uma intervenção no campo das vulnerabilidades. Uma intervenção de compartilhamento que produz um desvio em relação à solidão em que cada um poderia ficar no dia a dia de trabalho. E que, em rede, segura, também, as pessoas atendidas.

Se nos permitirmos embarcar nesta leitura, por vezes encontraremos um mar calmo que nos permite deslizar o barco. Em alguns momentos o mar estará intranquilo, com ondas que obstaculizam nosso andar, nos inquieta, nos provoca. É ali que precisaremos de mais histórias entrelaçadas, as quais, como os nós da rede, tão habilmente trançados pelos pescadores, nos permitirão continuar nosso trajeto. Em outros momentos, ainda, precisaremos levantar os olhos, interromper a leitura, retirar o barco do mar. E, para isso, precisaremos de muitos para nos auxiliar a carregar o barco em retirada. Isso, como um gesto de intervalo, um suspiro no mergulho das vulnerabilidades que podem também nos cegar. Em outro tempo poderemos, então, voltar ao mar, voltar à pesca. Podemos circular pelos textos como turistas ou com a intimidade de quem vive realidade semelhante. Mas, de todo modo, é importante seguir tecendo redes e puxar o barco. Se vierem tempos de arrastão, os textos nos ajudam a compartilhar a colheita.

Boa leitura!

Sandra Djambolakdjian Torossian

Porto Alegre, 8 de novembro de 2015

Apresentação

“Quanto maior o obstáculo, maior a glória de vencê-lo.” (Molière)

O desamparo e as diferentes vulnerabilidades colocam um desafio para as políticas públicas. Este livro, uma das produções da pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/ Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (MS/PPSUS), foi organizado no Hospital Sanatório Partenon/Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (HSP/SES/RS), que se abriu para experiências significativas de atenção às pessoas em vulnerabilidade social e buscou reunir trabalhos desenvolvidos em diferentes pontos da rede (Consultório de Rua, CAPS, hospital, assistência social, presídio, rede intersetorial, entre outros) para estabelecer intercâmbios e avançar na produção de conhecimento no tema das Vulnerabilidades Sociais. Com isso, pretende-se construir contornos em situações-limite e experimentar ferramentas conceituais e clínico-políticas do campo da pesquisa, do Plano Terapêutico Institucional, da clínica ampliada, da redução de danos, e da promoção, reabilitação psicossocial e seguridade social, permeadas por diretrizes éticas para um cuidado integral. Qualificar o vínculo, aumentar a adesão aos tratamentos, buscar a humanização tanto de quem atende quanto de quem é atendido e facilitar o acesso às políticas públicas por populações que se encontram *no limite* são alguns dos objetivos das experiências nesta obra relatadas.

Os capítulos estão organizados em duas partes: “Pesquisas e Intervenções Institucionais” e “Clínica Ampliada”. Apostamos nesse entrelaçamento de conceitos e práticas que serve como bússola a orientar e operacionalizar as políticas públicas de cuidado e, também, como modo de colaborar com a integração de áreas para uma escuta sensível, com protagonismo e responsabilidades compartilhadas na perspectiva da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da Redução de Danos.

Os desafios encontrados na realidade das equipes multiprofissionais em diferentes pontos da rede se unem aqui no esforço empreendido por todos os autores de reafirmar que a escuta na dimensão subjetiva das vulnerabilidades sociais viabiliza que estratégias de promoção, atenção e seguridade social *não* reproduzam processos de marginalização e de rupturas sociais.

Os organizadores.

1

Pesquisas e Intervenções Institucionais



Diversidade e dilemas nos caminhos da integralidade

Rafaela de Quadros Rigoni¹

Resumo

O presente capítulo discute dilemas e possibilidades na produção da atenção integral a pessoas que usam drogas. O enfoque é nas relações entre trabalhadores da saúde e assistência social e nas formas como seus diversos saberes e experiências se engendram, integram ou entram em campos de disputa. O texto se baseia nos resultados de um estudo comparativo realizado com trabalhadores das cidades de Amsterdã (Holanda) e Porto Alegre/RS (Brasil) no período de 2008 a 2015. Com base nas experiências dos trabalhadores participantes da pesquisa, três principais pontos geradores de tensões entre a diversidade de saberes no campo de atenção ao abuso de drogas são debatidos. Estes dizem respeito à discussão de critérios de entrada e permanência nos serviços; escolha do(s) nível(is) de complexidade na atenção ao usuário; e as definições de papéis dos diferentes setores. A comparação entre as cidades é utilizada para repensar problemas e soluções preestabelecidos no que se refere ao uso e ao abuso de drogas, bem como divisões entre os setores que limitam em vez de contribuir para um atendimento integral. As conclusões oferecem reflexões sobre possibilidades de cuidado que valorizem a diversidade, tanto dos saberes de diferentes trabalhadores quanto de pessoas que fazem uso de drogas.

Introdução

A colaboração intra e intersetorial é considerada fundamental para o sucesso das políticas públicas sobre drogas. Tanto no Brasil quanto na Holanda (STADSDEEL ZUIDOOST, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2006), tais políticas referem-se a redes integradas como um objetivo fundamental a ser alcançado. Da mesma forma, estudos que debatem políticas públicas em Amsterdã e em Porto Alegre/RS (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2008; PLOMP, HEK et al., 1996) defendem a promoção de uma abordagem integrada. Uma rede integrada de serviços é entendida como sendo mais orientada para os usuários e suas necessidades, agindo no sentido de garantir a continuidade da atenção ao longo do tempo, e de aumentar o acesso aos serviços. Além disso, o atendimento em rede é uma forma de lutar contra a fragmentação dos serviços e de produzir uma atenção mais equitativa e de baixo custo (MENDES, 2011).

Na prática, no entanto, a colaboração intra e intersetorial pode ser difícil. No caso de municípios que fazem parte de países em desenvolvimento, como Porto Alegre, a falta de recursos materiais e serviços faz parte das dificuldades para a construção de redes entre os

¹ Psicóloga, mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS e PhD em Estudos em Desenvolvimento pela Erasmus University of Rotterdam (EUR). Professora assistente do International Institute of Social Studies, EUR.

setores do cuidado (RIGONI, NARDI, 2009). Porém, outros fatores além de recursos influenciam as possibilidades de um trabalho integrado. O campo das políticas sobre drogas carrega uma infinidade de abordagens possíveis. Assim, a construção de redes entre trabalhadores, geralmente, envolve a negociação de diferentes significados e objetivos. Porém, por vezes, tais negociações podem ser consideradas impossíveis de serem feitas, posto que exigiriam flexibilizar conceitos demasiadamente centrais para os profissionais. Nesses momentos, surgem tensões entre os trabalhadores e suas diversas maneiras de conceber problemas e soluções no campo da dependência química.

O presente capítulo busca explorar essas tensões por meio de um estudo comparativo sobre as políticas cotidianas sobre drogas nas cidades de Amsterdã (Holanda) e Porto Alegre (Brasil). Uma das cidades, em um país desenvolvido, foi berço da abordagem de redução de danos já na década de 1970 (INCIARDI, HARRISON, 2000). A outra, em um país em desenvolvimento, conta historicamente com uma política sobre drogas rigorosa, mas passa a acolher a redução de danos em âmbito nacional desde 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Neste estudo, o foco é nas atividades cotidianas desses trabalhadores da rede pública com pessoas que usam drogas entendidas como pesadas, como o *crack* e/ou a heroína.

A próxima seção descreve brevemente a metodologia da pesquisa. A seguir, o debate foca nos desafios criados a partir dos diferentes formatos de colaboração e integração entre os setores de saúde e assistência social nas duas cidades. O tema comum é a percepção, por parte dos trabalhadores, de relações desiguais durante a negociação de objetivos e significados na formação de redes para a atenção integral. Os desafios e as tensões, no entanto, apresentam variações entre cidades e setores. Três desafios ganham destaque especial: a discussão de critérios de entrada e permanência nos serviços em sua relação com a integralidade, o acesso e a adesão dos usuários; a escolha do(s) nível(is) de complexidade para operar o cuidado e sua relação com a centralidade do tratamento para dependência química; e a definição de papéis dos diferentes setores com foco nas visões limitadoras acerca do papel da assistência social.

Metodologia

Os dados analisados neste texto provêm de uma pesquisa de doutorado sobre a produção cotidiana da política sobre drogas por trabalhadores das áreas de saúde, assistência social e segurança nas cidades de Amsterdã (Holanda) e Porto Alegre/RS (Brasil) (RIGONI, 2015). A pesquisa foi realizada no período de 2008 a 2015, sendo o trabalho de campo de fevereiro a julho de 2010 em Amsterdã e de agosto de 2010 a março de 2011 em Porto Alegre. Foram realizadas cerca de 800 horas de observação participante e 80 entrevistas em profundidade com trabalhadores de 40 serviços, divididos entre os três setores e as duas cidades. A pesquisadora morou nas respectivas cidades durante esses períodos e, além disso, viveu em Porto Alegre de 1994 a 2008 e mora em Amsterdã desde 2011. A aprovação de comitês de ética foi adquirida quando necessário, e todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado.

Para compreender a produção das políticas públicas a partir de sua base, o estudo utiliza uma abordagem etnográfica guiada pelos princípios da Teoria Fundamentada (URQUHART,

2013). O método da Teoria Fundamentada procura não impor ideias preconcebidas sobre o mundo, adequando o fenômeno estudado às teorias existentes. Ao contrário, procura propor teorias a partir dos dados produzidos no campo ou a partir das experiências observadas e relatadas pelos participantes. A escolha dos participantes, a coleta e a análise de dados ocorrem paralelamente. A “amostragem teórica” é aplicada para selecionar os participantes: as análises das primeiras entrevistas e observações produzem categorias analíticas, que guiam a escolha de novos participantes. Os novos dados, à medida que vão sendo analisados, modificam e aperfeiçoam as categorias produzidas. A escolha de participantes busca valorizar e analisar a profundidade e a diversidade de experiências.

As próximas seções discutem as experiências dos trabalhadores de Amsterdã e Porto Alegre focando nas relações entre os setores da saúde e assistência social em suas atividades de atenção à pessoa que usa drogas.

Regras, diversidade e acesso: quem se adapta a quem?

Um desafio encontrado na construção da atenção integral à pessoa que usa drogas, especialmente na cidade de Porto Alegre, se refere aos curto-circuitos das redes entre os serviços especializados no tratamento da dependência química e os serviços da rede básica. Aqui, as diferenças entre as cidades se colocam como um interessante comparativo para refletir sobre outras possibilidades². Por um lado, trabalhadores dos níveis básicos em Porto Alegre – Estratégias de Saúde da Família, programas do Ação Rua, Programas de Redução de Danos, Centro de Referência Assistência Social (CRAS), Casas de Acolhimento, Consultórios de Rua, dentre outros –, relataram ter dificuldades para encaminhar usuários para níveis mais complexos como CAPS Ad, clínicas de internação e serviços de desintoxicação. De acordo com trabalhadores da rede básica, as barreiras fundamentais de acesso dizem respeito a critérios de entrada e permanência considerados demasiadamente rígidos para serem cumpridos por pessoas que abusam de drogas. Por outro lado, os trabalhadores dos serviços especializados sentem-se pressionados a atender uma crescente demanda que ultrapassa em muito suas capacidades de pessoal e recursos materiais. Por vezes, eles questionam a atitude de referir pessoas que usam drogas para serviços de tratamento, sem o que julgam como sendo uma preparação adequada.

BR08: Eu tenho uma crítica, né, aos serviços da rede de saúde, porque na sua maioria eu acho também que eles dificultam muito o acesso, né. Por exemplo, vê, tem uma instituição que é nossa referência aqui de CAPS Ad que pra atendimento pra uma avaliação medicamentosa é das 7 às 8 da manhã, na quinta e na sexta-feira. A pessoa tem que estar lá..., e tem que estar bem (sem uso de drogas) (Porto Alegre, trabalhador em assistência social, atenção básica).

² Por motivos de espaço e foco, o presente texto não descreve em detalhes os serviços e redes de atendimento a pessoas que usam drogas em Amsterdã e em Porto Alegre. Para uma análise comparativa aprofundada consultar Rigoni (2015).



BR31: *Por exemplo, quando se chega à situação da internação, mesmo voluntária. Nós estamos falando de maiores de idade, mas mesmo assim a pessoa precisa da companhia de um familiar pra ser internada. [...] Bom, mas a gente está falando de pessoas que romperam com seus laços familiares, que... de repente, a questão de passar por uma desintoxicação faz parte de um longo processo de resgatar esses laços familiares e de estabelecer outros. Como é que coloca isso como condição pra pessoa acessar esse nível de atenção? (Porto Alegre, trabalhador em saúde, atenção básica).*

BR33: *...porque tem um problema na referência e na contrarreferência, não funciona, né. Não funciona porque vai a tia do sujeito, “o João da Silva, que é meu sobrinho, anda usando crack e eu quero levar ele lá no CAPS”. Aí a pessoa (trabalhador da atenção básica) escreve “ao CAPS”, dá pra ela o papel pra levar lá no CAPS. Aí o fulano vem aqui e “Ahn? Que? Como?” Sabe? Nem foi avaliado [...] Então o mais lógico seria ela dizer “traz ele aqui pra eu dar uma conversadinha com ele”. Não dá papel nenhum. Fulano vem e ela “olha, tem um serviço assim, assim e assado, trabalha assim e assado, tu gostaria de ir pra lá, pra conversar, dar uma olhada, ver como funciona?” Sim ou não! Se sim, aí eu dou o papel... (Porto Alegre, trabalhador em saúde, atenção especializada).*

Estebece-se, assim, uma tensão: para trabalhadores da atenção básica, o problema está na falta de acesso aos serviços especializados; para os dos serviços especializados, o problema está na falta de suporte da atenção básica no sentido de fazer uma melhor preparação das pessoas encaminhadas para tratamento e uma escolha mais adequada do nível de complexidade necessário.

Em políticas públicas, uma das conhecidas formas de lidar com uma crescente demanda acoplada à falta de recursos é criar prioridades de atendimento. Nestes casos há uma escolha por parte dos trabalhadores, que pode ser a de oficialmente priorizar aquelas pessoas com maior grau de vulnerabilidade como pessoas em situação de rua, vivendo com HIV/Aids gestantes ou idosos. Essa prioridade, porém, na prática, nem sempre é dada àqueles que “mais necessitam” ou às populações consideradas mais vulneráveis. Alguns priorizados acabam sendo pessoas consideradas “mais fáceis” de serem atendidas: aquelas que cumprem as regras, que possuem problemas menos complexos, e são interpretadas como tendo melhores chances de “sucesso” (LIPSKY, 2010). Quando acontece, esse tipo de seletividade reflete negativamente no acesso das populações mais vulneráveis, que são desacreditadas em sua capacidade e em seu desejo por cuidado.

BR05: *A gente já teve duas médicas da emergência psiquiátrica, afastadas de lá por processo judicial, porque eles maltrataram verbalmente dois meninos. Tipo de dizer, chegar o guri assim, ó, dizer na frente do guri assim. Ele tava detonado na rua, conseguimos levar direto para lá. Chegou o guri lá, e a médica disse “Ah, eu não vou dar a minha vaga, a vaga da clínica pra ele, eu sei que ele vai morrer, ele não vai se tratar mesmo”. “Ah, aqui tá dizendo que ele sofreu um abuso sexual.” (falando alto...) Na frente do guri! (Porto Alegre, trabalhador em serviço social, atenção básica).*

Percebendo a dificuldade de acesso de populações vulneráveis aos serviços especializados, trabalhadores da atenção básica relatam comportamentos prejudiciais, muitas vezes, justificados pela “pouca capacidade de adesão” ou “falta de real desejo” por tratamento. O que é avaliado é a capacidade da pessoa que usa drogas em cumprir regras de acesso e permanência ao serviço, e que muitas vezes são descontextualizadas da situação em que a pessoa se encontra. Rejeições com base na falta de documentação e/ou endereço, necessidade de estar acompanhado por um familiar, de não estar sob o efeito de substâncias psicoativas, de estar presente em horários predefinidos e regulares, são exemplos de regras que excluem aqueles usuários dependentes da droga, bem como aqueles em situações de maior vulnerabilidade. Dessa forma, pessoas em situação de rua, sem contato com a família ou com atividades informais que dificultem cumprir com horários preestabelecidos, acabam sendo duplamente marginalizadas pelo sistema de bem-estar social.

Regras austeras aumentam as chances de seu descumprimento por parte dos usuários, o que é percebido pelos trabalhadores como falta de aderência ao serviço e tratamento. Essas “profecias autorrealizáveis” fornecem confirmação espúria da validade da diferenciação feita por trabalhadores entre usuários “merecedores” e “não merecedores” de atendimento (LIPSKY, 2010). Neste tipo de interpretação sobre adesão e tratamento, vemos a influência de práticas excludentes, onde os modos de tratamento possuem um grau de exigência que o sujeito não consegue cumprir, justamente em função da condição que lhe leva à busca de cuidado.

No caso da Holanda, a situação se coloca de forma diferenciada. Estratégias de redução de danos e os chamados serviços de “baixa exigência” se colocam como prioridade no atendimento da população que abusa de drogas. Salas onde é permitido o uso de drogas; abrigos e albergues exclusivamente para pessoas que usam drogas e que permitem o uso de drogas dentro de suas premissas; casas de convivência onde os usuários podem passar o dia, lavar suas roupas, fazer atividades com baixo retorno financeiro e comprar uma refeição a baixo custo; são os locais mais acessados por pessoas que abusam de *crack* e heroína. Nesses locais, as regras de entrada e permanência são mínimas, e, em geral, se referem a regras comuns de convivência: não brigar, não roubar ou vender produtos ilícitos, limpar o que sujou e manter a cordialidade com outros usuários e trabalhadores. No caso de tratamento, clínicas de metadona para terapia de substituição, ou clínicas onde se prescreve (e fornece) heroína são as estratégias mais amplamente utilizadas. Nesses serviços, claramente, a exigência não passa pela abstinência do uso de drogas, nem se refere a algum tipo de contato ou acompanhamento familiar. Regras de conduta dentro dos serviços e frequência ao tratamento, no entanto, são fortemente observadas.

De maneira geral, os trabalhadores em saúde e assistência social em Amsterdã entendem os serviços de baixa exigência como forma de garantir o acesso e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Tais serviços buscam oferecer um nível de cuidado possível, a partir da disponibilidade de comprometimento dos usuários em determinado momento. Dessa maneira, os trabalhadores entendem como uma importante decisão diminuir a vulnerabilidade das pessoas assistidas a um quadro em que as consequências pessoais e sociais do abuso de drogas venham a se tornar mais graves. A próxima seção traz mais exemplos do funcionamento desta lógica de cuidado.



Uso de droga e tratamento: alta complexidade como primeira opção?

Um ponto importante atravessando a diferença entre as redes brasileiras e holandesas diz respeito à maneira como problemas e soluções com relação ao abuso de drogas são definidos. Em Amsterdã há uma forte crença por parte dos trabalhadores de que a abstinência da droga não é uma necessidade: mais importante é acessar e permanecer em contato com serviços de cuidado.

NL02: Eu acho que alguns colegas, pessoalmente, têm um sonho de poder ajudar os usuários a se livrarem das drogas, e outros aceitam mais: “Ok, é do jeito que é, e nunca vai mudar”. Mas nós todos concordamos na forma como trabalhamos aqui. Aqui nós aceitamos a pessoa do jeito que ela está. Nós não queremos que as pessoas que trabalham aqui digam para os usuários “Ó, você tem que parar de usar drogas”. Se eles atuam no sonho deles, então não é bom. Porque aqui nós trabalhamos com um modelo de aceitação do usuário, nós os aceitamos do jeito que eles são. E se eles querem algo mais, então ótimo, mas a gente não vai insistir pra eles fazerem algo que eles não querem fazer. Você pode ter um ideal, “Ah, eu realmente quero ajudar eles”, e você também pode oferecer ajuda às pessoas, mas sempre deixe eles fazerem a escolha (Amsterdã, trabalhador da assistência social).

Em parte, na abordagem de redução de danos, há um entendimento de que é possível fazer um uso controlado da droga e que as condições para tal estão relacionadas ao contexto no qual a pessoa vive: abrigo ou moradia, alimentação, trabalho, dentre outras. Neste sentido, serviços da atenção básica em saúde e serviços da assistência social são entendidos como tendo um papel fundamental, e as regras são adaptadas para garantir maior acessibilidade.

A lógica aqui é a de uma abordagem de tratamento escalonado ou “por passos” (*stepped care*) (SCHIPPERS, SCHRAMADE et al., 2002). Nesse modelo, a primeira opção de assistência é aquela que possui menor impacto sobre o usuário em termos de custo e inconveniência pessoal, mas que ainda assim proporcione ganho significativo para sua saúde (SOBELL, SOBELL, 2000). Tratamentos mais intensivos são reservados para pessoas que não se beneficiam de abordagens mais simples. Resultados e decisões em torno do tratamento são monitorados sistematicamente, e mudanças são feitas no sentido de aumentar a complexidade do tratamento oferecido caso não haja ganho significativo para a saúde do usuário – aumentando também, então, o número de regras a serem cumpridas.

No campo do abuso de drogas, isso significa que o uso de clínicas fechadas ou internações hospitalares estão entre os últimos recursos a serem utilizados, não os primeiros. Nos casos em que o usuário atinge o nível de complexidade máxima, clínicas de desintoxicação possuem um forte investimento na reintegração da pessoa em outros serviços após o final do tratamento. A reintegração leva em conta a história pregressa do usuário, os serviços dos quais já fez parte e suas condições pessoais e familiares.

NL38: sim, a gente tem contato com todo o sistema, isso é a melhor parte aqui. Nós temos contato com a família, temos contato com ... abrigos ou instituições psiquiá-

tricas, ou... temos contato com todos eles, com todos locais onde talvez eles (usuários) possam ir mais tarde. É realmente um trabalho longo, intenso. Às vezes, é difícil, por exemplo, com a família. Uma boa parte da família já está há anos sem contato com a pessoa, em função da dependência. Mas eles ficam felizes de saber que seu familiar está em um lugar seguro e que eles podem cuidar de um irmão ou um amigo. E também com as organizações... mas precisamos uns dos outros, então, todo mundo é realmente respeitoso uns com os outros (Amsterdã, trabalhador em saúde, especializado).

Em Porto Alegre, diferentemente, existe uma forte crença por parte de muitos trabalhadores de que a ação mais urgente, uma vez que um usuário de *crack* é acessado, é referi-lo(a) para uma clínica de desintoxicação ou de tratamento prolongado. A droga é considerada como sendo o principal problema, que precisa ser resolvido antes que o usuário possa aceder a outros benefícios como abrigo, trabalho ou suporte financeiro/social. O abuso de drogas, portanto, fica sendo entendido como algo que deve ser primeiramente e principalmente abordado por serviços especializados em dependência química. Além disso, o *crack* é percebido como uma droga com a qual é extremamente difícil (ou impossível) de se fazer um uso controlado. Assim, muitas vezes, percebe-se como necessário um tratamento em que o usuário possa ser contido através de um espaço fechado e/ou um reforço químico (o tratamento medicamentoso), para que os efeitos da droga e o desejo pela substância fiquem sob controle.

BR05: ...em relação a esse usuário que está direto na droga, eu sempre vou defender a clínica e depois a comunidade terapêutica, com todo um ambiente que eles não possam fugir, entendeu? Porque esses que tão um tempão na rua não é só se afastar da droga, é se afastar do ambiente da rua, porque, devido a várias exclusões, maus-tratos materiais e psicológicos na rua, pra tu fazer que a rua saia de dentro da tua mente não é de uma hora para outra (Porto Alegre, trabalhador da Assistência Social).

Por vezes, o uso que se faz da internação é relacionado a uma tentativa de resolver outras vulnerabilidades apresentadas pela pessoa em questão que não o abuso de drogas. Trabalhadores de clínicas e comunidades terapêuticas reconhecem o uso dos seus serviços como espaços que possibilitam a “fuga” dos usuários de um contexto desfavorável. Em vez de uma crítica, parece haver uma aceitação deste como mais um dos papéis assumidos por esses serviços.

BR32: ...muitos vêm em razão do uso de drogas, outros, mais em função da situação de risco. Vem pra cá para ser acolhido, pra fugir de alguma situação na comunidade, né, e acaba fazendo o espaço de internação muito mais como (pra) um espaço de proteção. Por exemplo, muitos desses adolescentes estão envolvidos com o tráfico como forma de obter a droga, ou inicia no tráfico como renda e acaba se tornando usuário de drogas. Adquire dívidas, ou se envolve em alguma outra advertência ali nesse contexto do tráfico na sua comunidade e acaba sendo ameaçado de morte. Nessa ameaça de morte ele tem que sair da comunidade, né, por vezes a família também tem que sair. E eles



acabam ou recorrendo a um órgão de proteção como o conselho tutelar, que encaminha como medida de emergência uma internação, ou a própria família busca, né (Porto Alegre, trabalhador da saúde, especializado).

A percebida necessidade de um novo espaço de moradia e acolhimento poderia ser pensada, por exemplo, a partir da inserção em outros espaços como abrigos, centros de convivência, ou um auxílio no sentido de mudar de bairro, sem necessariamente passar por uma situação de internação. Dessa maneira, seria possível utilizar a diversidade de serviços da rede de forma mais integrada, sem insistir na sobrecarga dos serviços especializados.

Por outro lado, apesar de muitos trabalhadores de serviços especializados chamarem atenção para a importância da utilização de outros tipos de recurso para além do tratamento, em suas práticas diárias poucos são os que conseguem se dedicar à formação e à manutenção de redes com outros serviços. Em função da grande demanda por tratamento, geralmente os trabalhadores dão preferência a investir seu tempo no atendimento de um maior número de pessoas do que na construção de relações colaborativas. A rede é deixada de lado, ou então entendida como “encaminhamento”: o simples referir a pessoa atendida ao próximo serviço, sem um acompanhamento ou trabalho conjunto com o serviço em questão e seus trabalhadores³. A falta de continuidade e diversidade na atenção após o tratamento em clínicas ou comunidades terapêuticas, por exemplo, representa um grande “buraco” na rede.

BR17: Uma coisa que é muito difícil é a questão assim de que o paciente vai, interna, se desintoxica, começa a frequentar o CAPS. Mas ele tá na rua, ele volta pro mesmo meio onde ele tava antes. [...]. Daí, dali a pouquinho, tchum, foi tudo por água abaixo de novo, tu tem que começar tudo de novo... (Porto Alegre, trabalhador em saúde).

A falta de continuidade após as internações traz riscos de um “círculo vicioso” para os usuários: do tratamento retorna ao contexto de situação de rua, desemprego e/ou problemas familiares, e daí de volta para o abuso de drogas, e novamente ao tratamento. Dessa forma, a insistência no tratamento associada à desconexão com os demais serviços acaba por reproduzir constantemente o curto circuito em alguns poucos serviços, enquanto outros permanecem isolados (ou isolando-se) da atenção integral à pessoa que usa drogas.

Assistência social como “gerenciadora de benefícios”?

Por fim, outra tensão encontrada na construção de redes entre trabalhadores em saúde e assistência social diz respeito à definição de papéis e valorização dos saberes da assistência social no campo do cuidado. Aqui, trabalhadores da rede de assistência percebem uma desigualdade na relação com seus colegas da saúde, especialmente aqueles dos serviços especializados, em

³ Casos mais graves de falhas no sistema de contrarreferência foram encontrados em Comunidades Terapêuticas, onde trabalhadores referiram desconhecer a rede pública de serviços com os quais poderiam contar.

termos da valorização e do reconhecimento de seus saberes. Na tentativa de negociar diferentes objetivos e planos para pessoas assistidas por ambos os setores, eles sentem que as opiniões e prioridades de seus colegas da saúde tendem a prevalecer sobre a deles de forma injusta. Esse descompasso acontece tanto em Amsterdã quanto em Porto Alegre/RS.

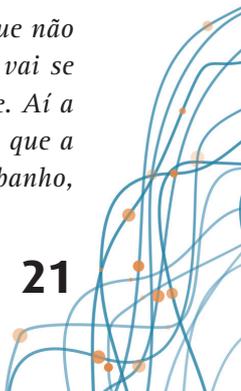
NL34: *Se você vive com a gente [no abrigo], você tem que fazer as coisas. Começamos às 8 horas e alguém tem que colocar a mesa do café da manhã, isso é a primeira coisa. Mas se o usuário diz: “Ah, não, mas às 9 horas eu tenho que ir tomar minha heroína”..., ele não vai estar lá. Esse é o primeiro problema. Então, o que nós dizemos é “OK, mas depois você volta e faz o almoço”; “Ah, não, porque eu ainda estou no projeto de heroína”. [...] o que eu vejo, é que para o [abrigo] isso realmente não funciona. Porque, sim, você tem um contrato com duas coisas, e você precisa da heroína, mas nós também somos um órgão que quer conseguir as coisas, e isso acaba em conflito (Amsterdã, trabalhador em assistência social).*

Em Amsterdã, apesar de uma maior circulação dos usuários entre os diferentes níveis de complexidade e os diferentes setores, existe a percepção de que quando uma pessoa que é atendida por ambos os setores e está seguindo tratamento para uso de drogas, as regras e os objetivos dos trabalhadores e serviços de tratamento tendem a prevalecer. Isto significa dizer que os objetivos dos trabalhadores dos serviços sociais tendem a ser desconsiderados em favor dos objetivos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Aqui lembramos dos ensinamentos de Foucault (1996), que afirma que o discurso não ocorre livremente, mas é limitado por procedimentos de exclusão que definem o que pode e é legítimo de ser dito em um determinado tempo e contexto. Diferentes disciplinas determinam os problemas que valem a pena ser analisados, os procedimentos ou métodos para fazê-lo e quem possui legitimidade para realizar tal trabalho (FOUCAULT, SAMPAIO, 1996). Assim, na situação de disputa em torno de quem “sabe mais” descrita pelos trabalhadores participantes deste estudo, o conhecimento advindo de um setor específico da saúde é considerado mais elevado do que o saber da assistência social no *ranking* daqueles que possuem legitimidade para definir maneiras de interpretar e tratar a dependência de drogas.

Se o lugar oferecido ao setor da saúde é geralmente reservado ao tratamento para dependência química, o trabalho da assistência social é em geral entendido como complementar ao tratamento. A maioria dos trabalhadores em saúde afirma a importância da assistência social na atenção integral da pessoa que usa drogas. O papel atribuído à assistência, porém, muitas vezes acaba preso à posição de “gerenciamento de benefícios” necessários ao acesso e adesão ao tratamento para o uso de drogas.

BR40: *...porque é muito complicado o cara estar na rua, por exemplo, o cara que não tem relógio, como é que eu vou marcar uma consulta pra ele, como é que ele vai se acordar pra vir pra cá, né [...] Eu não posso ver só a dependência química dele. Ai a gente começou a fazer contato, ir atrás, abrigos, albergues, redes de assistência que a gente tem [...] pra que ele possa ao menos ter um lugar pra dormir, tomar um banho,*



fazer uma refeição, né, ter um mínimo de conforto pra poder pensar em se tratar (Porto Alegre, trabalhador em saúde, especializado).

Trabalhadores da assistência social acabam sendo vistos como aqueles que podem fornecer o *ticket* alimentação ou a passagem de ônibus para que o usuário chegue até o tratamento, em uma visão um tanto utilitária do setor. Caberia enfatizar a importância e a pertinência da proposta de atenção psicossocial, conforme conceituado na citação acima.

Interessante notar aqui o posicionamento diferenciado dos trabalhadores em assistência social nas cidades de Amsterdã e Porto Alegre com relação ao seu papel profissional. Em Amsterdã, os trabalhadores parecem assumir o papel de “fornecedores de necessidades básicas” como sendo suficiente para atingir seus objetivos. Para eles, fornecer recursos aos usuários, tais como dinheiro (através de benefícios), habitação, alimentação, trabalho, vestuário, entre outros, significa melhorar sua qualidade de vida e auxiliar no acesso e na permanência no sistema de cuidado. Para os seus colegas de Porto Alegre, no entanto, a garantia de direitos é somente uma das partes do trabalho da assistência. A outra parte fundamental é a construção de projetos de vida em que os usuários possam ter uma postura ativa (e coletiva) na busca e na defesa de seus direitos, e na construção de sua cidadania.

BR11: ... a assistência social tem uma potência, né, grande, de estar acompanhando a família, de estar procurando trabalhar outras coisas, isso tem a ver com a organização de projeto de vida e que aí no meio disso tu pode falar de uma maneira mais ampla sobre promoção de saúde, né. Por outro lado... na saúde, o pessoal tem uma demanda meio imediatista, sabe, sobre a assistência. [...] aquela coisa né, pra conseguir passagem, pra conseguir vaga no abrigo... Mas aí essa coisa de construção de projetos de vida, de compor em conjunto, né, não vêem a assistência como parceira, sabe? (Porto Alegre, trabalhador em serviço social).

Para os trabalhadores da assistência social em Porto Alegre, a visão que considera a assistência social como gerenciadora de benefícios é extremamente limitada com relação ao que o setor é capaz de oferecer. O que pode ser criticado é a visão utilitarista da assistência social, porque estimula uma forma de continuação de um estado de bem-estar social paternalista, que perpetua relações de passividade e dependência entre usuários e Estado. Em vez disso, os trabalhadores chamam atenção para seu papel de promotores de cidadania e de uma posição mais ativa dos usuários, o que inclui a promoção de atitudes reflexivas e responsáveis juntamente com os usuários assistidos.

A diferenciação dos pontos de vista entre trabalhadores de Amsterdã e Porto Alegre podem ser entendidas através da influência dos princípios do movimento da saúde coletiva no Brasil e suas repercussões no sistema de assistência social (MENDES, PRATES et al., 2009). Noções de saúde ampliada, participação e controle social significam uma resistência a modelos que tratam as pessoas que usam drogas como “doentes” e incapacitadas de tomar decisões próprias. Ao contrário, trata-se de buscar resgatar sua cidadania e um papel ativo e participativo em sua atenção, assim como nas políticas públicas a ele referentes. Assim, ocorre um movimento

de busca de alternativas em que o serviço e o trabalhador podem contribuir com o usuário no sentido de produzir um caminhar mais autônomo. Quando o foco é somente nos benefícios e nas possíveis regras atreladas aos mesmos, o risco é que ambos, assistência social e usuários, fiquem limitados em suas potencialidades. A primeira sendo vista (e atuando) como reprodutora de um modelo gerador de dependência, e os segundos sendo privados do desenvolvimento de suas capacidades participativas e decisórias.

Integralidade, diversidade e possíveis caminhos

Muitas vezes, quando o assunto é abuso de drogas, “problemas” e “soluções” são definidos de forma estereotipada, deixando pouco espaço para a reflexão e a adaptação às necessidades e potencialidades contextuais. Tais respostas estereotipadas tendem a definir o problema como sendo a droga, e a solução como sendo única ou, principalmente, o tratamento para dependência química. Quando se trata de drogas como o *crack*, a primeira intervenção – como tratamento – é, frequentemente, imaginada como tendo de ser em uma clínica fechada, ou um leito hospitalar, onde o usuário possa ser internado em um espaço contido. A contenção passa a ser entendida como a melhor (ou, às vezes, a única) alternativa para que o usuário possa resistir às tentações da droga e de um ambiente que o leva a tal uso. A atenção integral fica comprometida, e os padrões de atendimento podem vir a reforçar ou mesmo aumentar a vulnerabilidade dessa população. Esta lógica padronizada tende a esquecer de outros recursos possíveis, talvez mais adequados às necessidades e histórias particulares da pessoa em questão. Geralmente com a melhor das intenções, trabalhadores, familiares e amigos operando nesta racionalidade, podem acabar limitando possibilidades de cuidado para os usuários que desejam atenção.

E se fizéssemos diferente? E se não colocássemos a droga (e a sua abstinência) como o fator mais importante no cuidado das pessoas que usam essas substâncias? E se considerássemos que não necessariamente os trabalhadores da rede especializada em saúde mental – e, mais especificamente ainda, aqueles especializados em dependência química – precisam ser o ponto central no atendimento de pessoas que usam drogas? Certamente, existem outras combinações possíveis, mais próximas do estabelecimento de uma rede de atenção integral para esta população vulnerável.

Princípios que regem os sistemas de saúde e assistência, como a universalidade e a equidade, definem que o acesso ao cuidado deve ser dado a todos sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, bem como deve atender a necessidades diversas de maneiras diferentes, de acordo com o que cada um necessita. Nessa perspectiva, compreender e intervir nos danos decorrentes do uso/abuso de drogas significa pensar e agir em várias frentes, buscando a diminuição das vulnerabilidades através de uma atenção integral a partir do entendimento do contexto de vida da pessoa que usa drogas. Acolher, neste sentido, é também poder aproximar a proposta terapêutica às reais condições de comprometimento dos usuários, adequando o serviço ao usuário e não o contrário. Regras fazem sentido na medida em que não impedem a participação da população a que se pretende assistir.

Por fim, a atenção integral pressupõe não só acesso a serviços, mas também acesso à informação, promoção da liberdade de pensamento e expressão, e estímulo ao exercício da



cidadania em sentido amplo. Nessa perspectiva, restringir os papéis dos setores de saúde e assistência social ao tratamento, no primeiro caso, e ao gerenciamento de recursos, no segundo, é limitar as possibilidades que estas áreas têm a oferecer. A abertura e o acolhimento da diversidade de saberes, porém, possibilita a negociação de objetivos entre trabalhadores, levando em consideração necessidades, possibilidades e desejos contextualizados por parte das pessoas que usam drogas. Abraçar esta diversidade é investir na potência para a produção de um sistema de atenção integral mais apto a lidar com as diferenças.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003.

FOUCAULT, M.; SAMPAIO, L. F. D. A. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola, 1996.

INCIARDI, J. A.; HARRISON, L. D. Harm reduction: national and international perspectives. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2000.

LIPSKY, M. Street-level bureaucracy dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2011.

MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C.; AGUINSKY, B. G. O Sistema Único de Assistência Social: as contribuições à fundamentação e o desafio à implantação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

PLOMP, H. N.; HEK, H. V. D.; ADER, H. J. The Amsterdam Methadone Dispensing Circuit: genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction*, 91(5), p. 711-722, 1996.

RIGONI, R. Between Care and Order: Street-Level Workers' Discretion and Drug Policies in Amsterdam (the Netherlands) and Porto Alegre (Brazil), Erasmus University Rotterdam, 2015.

RIGONI, R. D. Q.; NARDI, H. C. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), p. 10-382-392, 2009.

SCHIPPERS, G. M.; SCHRAMADE, M.; WALBURG, J. A. Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors*, 27(6), p. 995-1007, 2002.

SOBELL, M.; SOBELL, S. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), p. 573-579, 2000.

STADSDEEL ZUIDOOST. Drugsaanpak Zuidoost: Hoe zorg en repressie elkaar vinden. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2010.

URQUHART, C. Grounded theory for qualitative research: a practical guide. Los Angeles, Calif.; London: SAGE, 2013.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14 (1), p. 131-150, 2008.

Acompanhando epidemias e vulnerabilidades: algumas experiências sobre a escuta

Rafael Gil Medeiros¹

Resumo

Este artigo pretende sistematizar, em revisão bibliográfica através da consulta a bancos de dados nacionais e internacionais, o conteúdo de pesquisas sobre políticas públicas relacionadas às DSTs/HIV/Aids e contextos de vulnerabilidade social. A investigação foi motivada diante de um diagnóstico inicial sobre como podemos operar o conceito de vulnerabilidade nas políticas públicas, uma vez que o termo é constantemente mencionado no desafio do controle de epidemias relacionadas a práticas corporais envolvendo a gestão de riscos e prazeres em temas tais como sexualidades e usos de drogas. Partindo das leituras da construção de políticas públicas com estes recortes, apontou-se como problemática comum a complexidade envolvida no acesso às chamadas populações vulneráveis na formulação de políticas públicas entre setores como a Saúde e a Assistência Social. Pensou-se, com isso, qual o lugar que algumas tecnologias de cuidado no território têm tido no acompanhamento do caráter dinâmico dessas práticas corporais.

Metodologia

Para pensar estratégias de acesso a populações vulneráveis envolvendo o controle de DSTs/HIV/Aids, a consulta às bases de dados internacionais priorizou o banco de dados PubMed e as seções editoriais de Saúde Global e DSTs/HIV da revista especializada em literatura médica *The Lancet*, bem como os dados oficiais de boletins atualizados da UnaidS pertinentes às dinâmicas do controle em DSTs/HIV/Aids entre diferentes populações e grupos considerados vulneráveis. Na literatura internacional, procurou-se priorizar a inclusão de revisões bibliográficas de outros autores, com menor presença de artigos específicos ou ensaios (*Personal Views*), visando estender o escopo dos achados para a sistematização posterior.

Quanto aos bancos de dados nacionais, foi escolhido o Scielo, sendo priorizada a inclusão de produções técnico-científicas com descrições de experiências exitosas no trabalho junto a territórios de convívio de populações vulneráveis, com enfoque na ampliação do conceito de vulnerabilidade para além de fatores socioeconômicos, e prioritariamente a partir da Atenção em Saúde (mas também envolvendo a promoção de seguridade social) junto a crianças e adolescentes.

A partir da definição deste tema, as palavras-chave operadas nas bases de dados acima mencionadas foram HIV/Aids e Vulnerabilidades. Devido às constantes mudanças que são próprias das dinâmicas socioeconômicas de vulnerabilidade, é preciso levar em conta em uma

¹ Cientista social, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

revisão que o modo como estas podem ser interpretadas é muito diversificado, sendo que a escolha de um aspecto pode forçar a invisibilidade de outros aspectos. Uma pesquisa sobre jovens adultos, por exemplo, pode demandar instrumentos de análise (roteiros de entrevistas etc.) que contemplem questões socioeconômicas, mas que não contemplem questões de gênero, assim como uma pesquisa sobre violência intrafamiliar pode não conceber as diferentes configurações familiares, como a de pessoas que se encontrem em situação de rua.

Com isso, agregamos às palavras-chave operadas também o recorte sobre a chamada primeira infância (0 a 6 anos de idade), levando em conta que as estratégias de intervenção e controle às DSTs/HIV/Aids têm sido historicamente focadas dentre as faixas etárias consideradas como sexualmente ativas. Com este recorte, esperamos investigar demandas mais próximas do que podemos nomear como situação de vulnerabilidade social, incluindo não só uma baixa visibilidade por parte das políticas públicas como também um maior desafio do ponto de vista técnico do trabalho realizado junto a essas populações.

Quanto a outros critérios de escolha, foram consideradas produções atualizadas, abrindo algumas exceções para produções e análises que relatavam pontualmente o resultado de tecnologias de cuidado e intervenção exitosas junto a essas realidades específicas.

Vulnerabilidades: um conceito em constante elaboração

Populações vulneráveis é uma expressão que usamos constantemente em setores como a saúde e a assistência social e que costuma ser automaticamente associada a uma dificuldade no acesso. Ou seja: de algum modo, ao nomear determinada população como vulnerável, é como se já pudéssemos partir do pressuposto de que o acesso a ela é difícil. Poderíamos facilmente refutar esse entendimento, levando em conta que, se a política em questão trata de qualificar as fragilidades identificadas em alguma população, ela deveria estar mais do que receptiva, desejosa e participativa. Há um desafio que se coloca, portanto, que é o de saber determinar que relação mal resolvida é essa que tem ocorrido entre o que chamamos de vulnerabilidade e aquilo que entendemos como acesso.

No campo das políticas públicas, as diferentes vulnerabilidades costumam surgir no que chamamos de experiência da *ponta*, ou seja, no cotidiano de trabalhadores(as) que constroem vínculos diretamente com as populações. Porém, do ponto de vista da gestão pública brasileira, esses setores são ainda pouco comunicativos entre si. A primeira dificuldade de acesso é estrutural e independe da escolha das populações: os vínculos são dificultados, por exemplo, pela relação ambígua que o Estado impõe sobre as populações, através de ações contraditórias, como é o caso do dilema que se dá, por exemplo, entre ações da saúde e da segurança pública, que podem eleger um mesmo cidadão jovem, negro e pobre como população-alvo de um projeto educativo em saúde, e, ao mesmo tempo, querer tratá-lo como uma ameaça à sociedade, que deve ser investigada, perseguida e eliminada. Essa ambiguidade, por sua vez, impõe um ambiente de incertezas e frustrações, no cotidiano de quem trabalha com vínculo direto com essas populações. Com quais ferramentas podemos trabalhar neste contexto?

A vida é dinâmica: não pode ser explicada em um conceito científico e não pode ser resumida por relatos de experiências pessoais. Mas quando pensamos no trabalho de acompa-

nhamento na área da saúde, por exemplo, sabemos que este é um fazer que exige constantes atualizações, tanto ao pensar estratégias de acesso quanto em nossas referências teóricas. Entre agentes comunitários de saúde (ACS) e pessoas de uma rede familiar e afetiva, por exemplo, estamos tratando de um vínculo entre pessoas – algo dinâmico. Por mais que anotemos em um protocolo diversos detalhes das condições vistas ou relatadas, estes elementos são, também, dinâmicos. Não só mudam as condições materiais, mas, muito mais desafiador do que isso, mudam os modos pelos quais essas condições são vistas, experienciadas, pelas pessoas acessadas; seja num plano individual ou intrafamiliar.

Uma mesma família ou uma mesma comunidade, por mais que esteja de certa forma unida a um evento ou situação indesejável (incluindo-se desastres naturais), irá responder a isso de várias formas. Do ponto de vista técnico, o que aprendemos de mais seguro e confiável é seguir um mesmo protocolo. Porém, na maior parte das situações de vulnerabilidade, simplesmente criar um consenso ou adotar uma visão que tenha se tornado mais representativa não implicará, necessariamente, a melhor forma de intervir em uma determinada situação.

A intenção de fazer uma revisão bibliográfica sobre contextos de trabalho semelhantes foi a de tentar elaborar conceitos como vulnerabilidade e acesso, mesmo sabendo que as experiências encontradas só podem fazer sentido na prática *in loco*. As ferramentas de trabalho em saúde operadas no território não são concretas, e quando as intervenções ocorrem, sempre que algum imprevisto ou dificuldade se coloque, é a experiência pessoal que será mais valorizada.

Por outro lado, a melhoria no acesso de populações vulneráveis às políticas públicas é também um problema global, o que pressiona a gestão pública a adotar medidas que possam ser minimamente descritas e avaliadas de forma objetiva. É preciso dar conta destes dois mundos: o da experiência subjetiva e o do desafio de sustentar políticas públicas numa linguagem mais institucional.

Por conta disso, tomemos de exemplo as intervenções de políticas públicas com os desafios da promoção de saúde e saberes preventivos sobre DSTs/HIV/Aids. A condição de viver com HIV/Aids pode ser considerada um desafio comum a países de todos os continentes, inclusive forçando a composição de acordos globais para pactuação de protocolos e estratégias sanitárias. Além disso, como lembra uma campanha recente do Ministério da Saúde, os vírus não têm preconceito: podem atingir a todas as pessoas que a ele se expõem. Ou seja, além de pautar políticas de saúde entre países, o controle das DSTs/HIV/Aids têm colocado também o desafio de como atuar em educação, prevenção e promoção da saúde nas mais diversas faixas etárias, estilos de vida, práticas culturais e condições socioeconômicas.

E o que tem sido dito sobre esses recortes? Quanto às vulnerabilidades, podemos encontrar o termo *vulnerabilidade social*, por vezes, como componente da descrição técnica de um território, ou de um conjunto de pessoas que residem em um mesmo território ou comunidade situada em regiões periféricas, em ocupações urbanas regularizadas ou não (invasões), com índices de renda reduzidos ou em miserabilidade. No campo técnico-científico epidemiológico, o termo *vulnerabilidade* pode ser utilizado para indicar práticas corporais de risco associadas a causas notificadas do surgimento de doenças infectocontagiosas, ou, ainda, de práticas associadas a não adesão a tratamentos.



Apesar de ser um termo comum, ter um emprego consensual na literatura técnico-científica em saúde e ser citado com facilidade na justificativa de projetos de leis, portarias e outros, o mesmo talvez não possa ser dito sobre as dimensões subjetivas, relacionais e sociais daquilo que entendemos por vulnerabilidade. A justificativa e a motivação para a investigação sobre esta palavra-chave em específico (que, como já estamos percebendo, podem englobar muitas outras) parecem nos levar a um trabalho sutil, que é o de levar sempre em conta a coexistência das duas faces do termo vulnerabilidade: tanto a face socioeconômica (como, por exemplo, ao pensar a inserção de trabalhadores junto a famílias com crianças que habitam em ocupações urbanas irregulares), como também a face subjetiva da vulnerabilidade, ou seja, a compreensão de como ela é vivenciada de modo singular por diferentes pessoas – diferentes crianças, diferentes pais, mães, irmãos e irmãs.

A experiência pessoal de trabalhadores(as) que lidam com o que chamamos de vulnerabilidade costuma apontar, obviamente, para as nuances, para as questões mais invisíveis do ponto de vista da gestão pública. A incerteza diante das exceções à regra, em vez de ser tomada como um problema em si, pode ser encarada como a própria matéria-prima da intervenção educativa em saúde, bem como do vínculo estabelecido.

A tarefa de compreender essas duas dimensões sobre a noção de vulnerabilidade tem sido um dos desafios-chave na elaboração de estratégias de controle na epidemia do HIV/Aids, agregando também o interesse de pesquisadores(as) do campo da educação em saúde. A dimensão da singularidade, ou seja, dos modos de vida e das práticas culturais tais como são vividas pelas pessoas (em um mesmo território), têm se mostrado essenciais para qualificação do monitoramento e da avaliação de abordagens preventivas e promotoras em saúde (não só em relação ao controle de agravos e doenças), sendo esta preocupação também compartilhada com outros setores atuantes nos territórios de convivência (a exemplo da Educação e da Assistência Social), com os quais são compostas parcerias. Nesta intersecção de redes, costuma-se pensar além das usuais parcerias entre setores para abordagens preventivas em saúde (como palestras em escolas etc.). Nas intervenções que demonstram maior maturidade na comunicação entre setores, é possível que redes de apoio e cuidado no âmbito comunitário sejam incentivadas, por mais breves e frágeis que elas possam parecer. De fato, seria contraditório que um mesmo Estado que historicamente pouco investe na redistribuição de renda ou no direito à moradia (por exemplo) pudesse ao mesmo tempo oferecer um aparato eficaz de programas e ações que impedissem os danos sociais causados pela negação desses direitos. De certo modo, o trabalho exercido na chamada costura entre as políticas de Educação, Saúde e Assistência Social está submetido, na *ponta*, à mesma vulnerabilidade da qual entendem que as populações são alvo.

Focando em algumas dinâmicas de relações intrafamiliares, podemos considerar a importância de fatores tais como, por exemplo, os índices de desnutrição, deparamo-nos também no território com situações de violências institucionais, vivenciadas no acesso a serviços e políticas públicas, e outras violências (domésticas), como relações de pais e/ou mães com histórias de vida permeadas por crises e sofrimento psíquico; associadas ou não a usos abusivos ou dependentes de drogas (lícitas ou ilícitas), ou com a proximidade do local de moradia e convivência familiar com territórios de venda de drogas ilícitas; com as variadas dinâmicas de exclusão ou

preconceito entre famílias, internas a uma mesma comunidade; dentre outros elementos que, juntos, necessariamente compõem locais históricos de atuação das políticas públicas, e que ajudam a determinar a maior ou menor incidência e adesão de famílias às estratégias de projetos e programas no campo da Saúde Pública.

Atestar a coexistência dessas facetas diferenciadas de vulnerabilidade passa por compreender, por exemplo, como a dimensão histórica da desnutrição infantil (embora tenha tido, felizmente, uma relevância estatística menor) pode ser vivida quando nos deparamos com aquilo que parece ser a exceção. Como já se tornou senso comum a assimilação de estatísticas em saúde pública, precisamos compreender que as crianças em situação de desnutrição que compõem uma minoria estatística não estão vivendo em uma situação de menor impacto: a fome delas é 100% real. Quando nos deparamos com as exceções (incluindo aquelas para as quais não estamos preparados), toda estatística perderá o sentido, no limite fazendo com que deixemos de perceber as nuances do território vivido. O trabalho da ponta é o de enfrentar as exceções, mesmo quando o que predomina são situações já vistas como indesejáveis. São as exceções, e não as regras, que costumam ordenar a agenda de atendimentos da Rede de Atenção Psicossocial, bem como de outros setores. Diante delas, pode não haver protocolo possível, mas é preciso garantir a construção de algum conhecimento.

Em uma pesquisa com observação participante sobre desnutrição infantil, realizada em uma comunidade indígena Mbyá-Guarani do RS (SAAVEDRA, CÂMARA, 2010), quando índices de desnutrição infantil foram constatados, as pesquisadoras levaram em conta elementos de vulnerabilidade social históricos, como “os processos de exclusão e marginalização social que se derivam da relação com a sociedade branca” para então projetar “a construção de práticas de saúde” que intentem “resgatar o conhecimento indígena, incentivando a manutenção dos rituais, e adaptando-os aos conhecimentos biomédicos” (op. cit., p. 31-32). Essas foram as impressões tiradas deste território; diante de outros, podemos ter outras conclusões. Há um senso comum errôneo que muitas vezes associa aquilo que é culturalmente visto como aceitável como algo necessariamente benéfico. Nem sempre é o caso, e fazer qualquer definição exige unir a sensibilidade do vínculo com algum nível de análise técnica. Em determinados momentos, em vez de incentivar e manter hábitos que sejam entendidos como normais em uma comunidade ou no âmbito intrafamiliar, podemos optar pela tentativa de incidir por sua diminuição ou extinção. Um bom exemplo disso pode ser a atuação diante de casos de violência de gênero, visto que muitas agressões tentam justificar-se na reivindicação de uma certa manutenção de relações que podem ser confundidas como se fossem tradicionais. Nesse caso, seria preciso intervir na direção oposta de algo que está sendo visto com naturalidade dentro de uma noção cultural (seja de uma coletividade ou de uma única pessoa envolvida).

Conhecer as vulnerabilidades é um ato que se dá na prática, que irá nos sugerir para quais recursos de uma rede social e afetiva podemos recorrer quando nossos referenciais teóricos mais comuns não parecem fazer sentido. Estes dados, reunidos, nos ajudam a fornecer tanto o diagnóstico situacional como também estratégias que respondam e façam sentido aos modos de vida de determinadas populações.

Toda epidemia tem dimensões sociais que não podem ser negligenciadas, sendo principalmente através destas que podemos projetar ações preventivas e educativas em saúde, bem como



monitorar e avaliar os elementos associados à maior ou menor adesão a programas e projetos de intervenção junto às populações. Um caso recente a servir de exemplo é a escalada de notificações do vírus Ebola em 2014, com índices vistos como mais alarmantes em países como Serra Leoa, Libéria e Guiné. Tentando entender as causas da epidemia atual (tendo a última grande onda epidêmica do Ebola ocorrido nos anos 1970), a pesquisadora e professora em Saúde Pública da Universidade de Londres, Alysson Pollock (2014), procurou sistematizar os elementos que diferenciaram os casos atuais dos casos anteriores, e que teriam concorrido a um alerta global quanto à dificuldade no controle dos novos casos e do tratamento dos já existentes.

Segundo Pollock, no caso atual, o vírus estaria se expandindo em aglomerações urbanas em territórios desses países que, desde a última onda da epidemia, já carregavam as consequências de uma desigualdade socioeconômica crescente, o que se refletiu negativamente na precariedade do acesso a políticas públicas ou direitos básicos. A condição dessas aglomerações impedia o funcionamento das estratégias anteriormente utilizadas nos anos 1970, quando a epidemia se deu em comunidades rurais – tais como, por exemplo, a quarentena e o rastreamento de pessoas com suspeita de exposição.

A isso a pesquisadora soma a ampla precarização dos serviços ofertados para a população em geral nestes países, que operavam sob lógica de acesso distante dos modos de vida e de sustento dessas populações. Como consequência direta dessa falta de estrutura, ainda segundo a pesquisadora, seria visível a ausência de profissionais dispostos(as) a trabalhar nesses serviços públicos, sendo a formação profissional acadêmica priorizada numa realidade de ofertas individualizadas em saúde em lógicas assistenciais privadas (o que se reflete tanto em suas práticas de ensino-aprendizagem como nas linhas de financiamento de pesquisas acadêmicas).

Por fim, ela descreveu a situação específica de alguns países africanos, cujo apoio internacional (no caso do Ebola em 2014) priorizou estratégias tais como o envio de tropas militares e o fomento de pesquisas sobre vacinas. Diante desse diagnóstico situacional sobre as relações entre uma epidemia e situações de vulnerabilidade diversas, a pesquisadora sugere que *“a solução para essas epidemias não se dá através de soluções mágicas, (...) é estrutural, é social, é econômica, é ambiental e é investida em medidas de saúde pública”* (POLLOCK, 2014).

Com os exemplos acima, vimos que muito mais do que um campo de análise cujo objetivo seria a identificação de pessoas ou grupos vulneráveis, estamos falando de um recorte sobre os processos históricos, culturais e sociais, que vão além dos processos de saúde e doença. Mesmo que a principal preocupação de leitores(as) deste artigo não seja especificamente as questões relacionadas às DSTs/HIV/Aids, a análise dessas *vulnerabilidades*, e das ações que inventamos para lidar com elas, pode interessar como uma reflexão mais geral sobre as limitações estruturais das políticas públicas.

Experiências de uma escuta mais atenta às vulnerabilidades

Nos bancos de dados na literatura em saúde pública internacional sobre o tema, uma revisão bibliográfica de pesquisas com a população de 399 mães que trabalham como profissionais do sexo em Vancouver, Canadá (DUFF, 2014) visou identificar barreiras estruturais e sociais

no acesso a serviços de saúde e assistência social. Dentre os relatos dos desafios enfrentados na gravidez e no cuidado na primeira infância, foram listados o baixo nível de escolaridade, a ausência de residência fixa (situação de rua) e situações atuais ou passadas de usos dependentes de drogas ilícitas; o que leva a equipe de pesquisadores(as) a concluir quanto à necessidade, em caráter urgente, de acompanhamento e de estratégias de saúde preocupadas com um vínculo sem julgamentos morais, intervindo nas relações entre pobreza e processos de estigmatização como fator de proteção ao autocuidado e à percepção subjetiva da maternidade. Ampliando esta análise, temos a leitura dos índices globais de notificação de novos casos em HIV/Aids: ela é 12 vezes maior entre profissionais do sexo do que entre outras populações, reforçando que os contextos de punição social ou legal, violências e discriminação têm sido determinantes-chave na vulnerabilidade dessa população em geral, bem como na limitação do acesso ao tratamento ou insumos de prevenção, para além da dimensão do autocuidado. De acordo com relatórios da Unaid (2014a), a população de profissionais do sexo (que é estimada em 546.848 pessoas no Brasil, sendo que 5% vivem com HIV) demanda ações em resposta às vulnerabilidades listadas, tais como a denúncia às violências, a descriminalização de sua profissão, o empoderamento de associações de profissionais do sexo e o incentivo a ofertas nos campos da saúde e da assistência social. Porém, à primeira vista, quando pensamos estratégias de cuidado na primeira infância para mães em situação de vulnerabilidade, talvez não levássemos em conta ações como estas.

A noção de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais surge também como fator essencial à integração efetiva entre as estratégias de prevenção à transmissão vertical de DSTs/HIV e as políticas de saúde voltadas à primeira infância, como um movimento que fortalece a ambas. Segundo um estudo a respeito (GREDE, 2014), a qualificação da oferta ao tratamento com antirretrovirais não necessariamente condiz com uma melhoria no acesso à saúde de populações vulneráveis, uma vez que os variados sistemas públicos de saúde já operam distantes da realidade de populações específicas. Entre as mulheres que vivem com HIV e se encontram em situações de vulnerabilidade socioeconômica, a pesquisa enumera também dimensões subjetivas, singulares; tais como *conhecimento e pertencimento social, condições sociais e condições psicológicas*.

Dentre as conclusões do estudo acima, aponta-se um processo no qual o acesso a políticas em saúde é impedido não somente pela precariedade da oferta, mas também por conta de barreiras subjetivas, provocadas por violências institucionais entre mães de crianças recém-nascidas. O que sugere que a questão do acesso vai além da equação normalmente situada entre a melhoria da oferta e dos índices de adesão. Sobre tais barreiras subjetivas, de acordo com um Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência², elaborado em parceria entre várias entidades no estado do Pará, enquanto que todas as formas enumeradas de maus-tratos podem de fato ser vistas como uma dissociação dos papéis de pais e mães no cuidado à criança, algumas situações, como negligência (omissão de responsável) ou maus-tratos psicológicos (rejeição, discriminação etc.), são caracterizados por sua “*sutileza (...) e falta de evidências imediatas*”, sendo “*difíceis de ser identificados*”. Elaborar uma melhor compre-

² Disponível em <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/publicacoes/publicacoes-1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolescentesVítimasViol.pdf>. Acessado em 4/2/2015.



ensão desses fenômenos é fundamental quando vemos que, na faixa etária entre 1 e 9 anos, 25% das mortes têm sido decorrentes de violências (UNICEF, 2014).

Em uma revisão bibliográfica sobre a atuação de programas que visam melhorias na atenção à primeira infância junto a famílias em seus locais de convívio (CHEN, CHAN, 2015), foram pesquisados 3.578 estudos (através de nove bases de dados), selecionando-se 37 destes para análise; concluindo como positivas as intervenções em casos de redução de riscos a violências e maus-tratos, e listando como desafios principais o acolhimento de questões relacionadas direta ou indiretamente com riscos entre pais ou mães, tais como depressão ou estresse. Esses ambientes de violências e agressões, associados ao aumento do risco de infecções em HIV/Aids, se fazem presentes na vida não somente das crianças, sendo também vivenciados por suas mães e pais – mas aqui a estatística pesa sobre as violências de gênero.

No relato de integrantes do movimento de pessoas que vivem com HIV/Aids, a boliviana Graciela Violeta Ross escreve, em publicação da UnAids, que *“para muitas de nós, o HIV e a violência já surgem casados”* (UNAIDS, 2014c, p. 54), ao passo que a argentina Mariana Iacono igualmente relata as dimensões das questões de gênero na perpetuação de relações intrafamiliares violentas: *“se você for menina, você provavelmente não saberá como responder caso vivencie algum tipo de violência sexual”*. Mas mesmo diante de situações que parecem demandar intervenções complexas podemos voltar à nossa premissa de uma escuta compreensiva. Ao término de seu relato, Iacono sugere que *“compreender como a vida de uma mulher que vive com HIV pôde ser afetada por violências de gênero não é difícil, desde que escutemos as mulheres afetadas”* (UNAIDS, 2014c, p. 59).

É importante estender o relato da argentina para outros casos que associamos como fruto de vulnerabilidades, mas que geralmente só sabemos interpretar através da linguagem numérica e estatística, sem levar em conta que estudos epidemiológicos (e estatísticos) devem levar em conta, indissociavelmente, métodos para a escuta das dimensões culturais e sociais, tais como são experienciadas pelas pessoas atingidas.

Esta escuta sutil pode ser dificultada, quanto mais nos inserimos em práticas de trabalho em saúde pautadas por protocolos fechados e rigorosos, e processos de trabalho que dão pouca margem à autocrítica. Isso também se reflete no processo de produção de conhecimento. Nos bancos de dados nacionais, dentre os aspectos socioeconômicos mais aparentes da vulnerabilidade, pesquisas que buscaram fatores favoráveis na promoção à saúde da criança nascida com HIV podem focar unicamente nas condições ambientais, tais como estrutura física da moradia, *“ar domiciliar e peridomiciliar impuro, água utilizada para consumo, rede de esgoto e saneamento, iluminação e ventilação da residência, dentre outros”* (LIMA, 2013).

É verdade que levar em conta essas vulnerabilidades socioeconômicas maiores, independente dos recursos à disposição na rede dos territórios, já é visto como imprescindível ao olhar de trabalhadores(as) que atuam neles, pois ela operará mudanças nas ofertas que estes(as) já dispõem (PEDROSO, MOTTA, 2010). Segundo apontamentos de diagnóstico realizado no município paranaense de São José dos Pinhais (2012), por exemplo, dentre os fatores que concorrem à assistência precária em seguridade social na primeira infância temos a *“falta de clareza (...) dos atores do Sistema de Justiça e até dos próprios protagonistas dos órgãos em questão”*, o que, diante de

sintomas que as vulnerabilidades sugerem nas relações intrafamiliares, pode resultar em um fluxo judicializado (do Conselho Tutelar à delegacia, por exemplo), sem que houvesse esta necessidade, quando os Centros Regionais de Assistência Social (CRAS) poderiam ser mais demandados em suas atribuições e resolutividade com maior enfoque à sustentabilidade de vínculos de cuidado quando estes são possíveis e necessários (de acordo com o caso). Em outras palavras, se a rede de profissionais envolvida não tem tido este olhar sutil sobre suas próprias potências de resolutividade, o reconhecimento de vulnerabilidades mais amplas e visíveis das populações pode ser um bom caminho, ao menos para o início da sensibilização de apoios e parcerias.

Porém, os fatores mais visíveis, como estes, embora possam ter sua gravidade diminuída com uma organização comunitária cuidadora, em sua grande maioria demandam uma intervenção da gestão municipal e do planejamento urbano. Os aspectos mais visíveis da vulnerabilidade são, ao mesmo tempo, aqueles que menos parecem passíveis de uma resolução através da ação e da presença de profissionais que, sozinhos(as) ou em duplas, atuam nos territórios.

Em outra análise sobre o referencial de vulnerabilidade ao HIV/Aids no âmbito intrafamiliar, sugere-se que este movimento pode se dar também como um ato coletivo, ou seja, a ser compartilhado pelas famílias, pois ao “*conhecer as vulnerabilidades específicas vivenciadas*” (SCHAURICH, FREITAS, 2011), abrem-se novas possibilidades de trocas no vínculo com as mesmas, que podem ser pensadas como fatores de fortalecimento em dinâmicas de sofrimento psíquico, e/ou melhor identificação e adesão a estratégias de autocuidado, o que se reflete positivamente no cuidado na primeira infância.

Buscar, sempre priorizando a sustentabilidade do vínculo subjetivo, a oferta de uma escuta sobre aquilo que não é dito nos espaços formais, sobre situações que por vezes não constam nos prontuários e formulários, é uma ferramenta de acesso a situações de violência doméstica ou intrafamiliar vivenciadas diretamente por crianças. Dentre as ferramentas de intervenção com que nos deparamos no campo da pesquisa, ao pensar as dinâmicas de exploração sexual de crianças e adolescentes, elenca-se “*a técnica do Acompanhamento Terapêutico (...), recontando histórias de vida*”, como algo que “*propicia a junção entre necessidades coletivas e individuais, incluindo intervenções pautadas na promoção e garantia de direitos*” (BELLENZANI, MALFITANO, 2006).

Outro aspecto das vulnerabilidades na exposição a DSTs/HIV, e que afeta diretamente ao cuidado na primeira infância, como a transmissão vertical em HIV e Sífilis (que pode ser provocada através da própria amamentação, em lactantes infectadas que desconhecem o diagnóstico), é o maior ou menor acesso à informação sobre as dinâmicas de infecção e risco (GARCIA, SOUZA, 2010), bem como às ofertas dos serviços de saúde (ou, no caso desses territórios, à oferta insuficiente ou prejudicada). De acordo com estimativas da Unaid (2014b), enquanto que 660 crianças são infectadas com o HIV por dia no mundo (incluindo-se a transmissão vertical), somente um terço das crianças expostas foram testadas de acordo com os protocolos validados de avaliação diagnóstica. Dentre as causas associadas a isso, listamos a baixa oferta de centros especializados gratuitos e acessíveis em muitos países, bem como a demora no recebimento de resultados dos exames. Os índices de mortalidade daí resultantes recaem principalmente sobre a primeira infância, sendo que a estimativa é de metade de crianças nascidas com HIV vindo a óbito até os dois anos de idade, com uma maioria delas vindo a óbito até os cinco anos.



Como resposta a essas situações de vulnerabilidade, o documento acima citado sugere, além de esforços para promoção da saúde da mãe (no que podemos incluir também o pai e/ou a rede de cuidados na referência intrafamiliar), a disponibilização ampla de testagens nos territórios de convívio destas crianças; a qualificação de trabalhadores(as) diante destas especificidades do viver com HIV; o fortalecimento de uma rede de suporte comunitária; e a elaboração de novos fármacos antirretrovirais visando ampliar a adesão e a eficácia. Ações que dependeriam de um trabalho conjunto entre pessoas que atuam na *ponta* e na gestão das políticas públicas, o que envolveria a construção de consensos sobre o que são as vulnerabilidades mais prioritárias.

Apesar de tudo, a importância do acompanhar

Articulando o recorte de atuação no território com o conceito de vulnerabilidade associado a epidemias, chegamos aparentemente em um dilema, pois o trabalho com populações vulneráveis, em meio aos seus territórios de convívio e sustento, parece colocar, justamente sobre os(as) trabalhadores(as) que neles atuam, o peso de dar conta de demandas históricas, que talvez pareçam não caber em suas atribuições.

O paradoxo reside no fato de que são justamente esses(as) profissionais que estão ofertando algum vínculo nesses contextos (apesar de todas as dificuldades históricas colocadas), que se encontram em posição privilegiada de operar alguma intervenção. No entanto, a revisão bibliográfica em bancos de dados nacionais e internacionais pôde sugerir que as práticas de acolhimento, vínculo e escuta das dimensões subjetivas das vulnerabilidades é uma ferramenta que se sustenta, principalmente quando, sem esquecer ou omitir o que dizem as estatísticas, olhamos para as vulnerabilidades tais como são vividas por aquelas pessoas em específico.

Embora as dinâmicas de adaptação a traumas vividos e relações de violências façam parte, também, de uma estratégia que não pode ser simplesmente negligenciada (já que sustentam a vida apesar de seus reveses), o mero ato de colocá-las em questão é delicado, exigindo uma escuta que, embora possa ser ofertada em uma relação profissional de vínculo e confiança, requer também o apoio de uma rede de cuidados que escute esta demanda da mesma forma, ou ao menos partindo de um mesmo compromisso.

Por vezes, parecerá mais responsável não disparar a escuta de demandas singulares que vão além daquilo que podemos, de fato, ofertar em rede, evitando com isso sofrimentos psíquicos adicionais decorrentes da percepção de não continuidade na assistência. Tais sofrimentos ou sentimentos de impotência podem se estender aos processos de trabalho de agentes comunitários(as) de saúde, acompanhantes terapêuticos(as) e redutores(as) de danos, assim como têm se estendido à vivência de outros profissionais que atuam nesses territórios (MARTINES, CHAVES, 2007).

Mas é importante ressaltar que não estamos sem quaisquer saídas. Esta potência de intervenção sobre dinâmicas subjetivas da vulnerabilidade aproxima-se muito, por exemplo, das estratégias de promoção em saúde do campo da saúde mental, quando voltadas à atuação nos territórios, dentre estas o já citado Acompanhamento Terapêutico (AT).

O AT (como o próprio nome já diz), por oferecer seja uma intervenção breve, seja um acompanhamento intensivo em médio ou longo prazo e com um vínculo mais focado à elaboração de experiências de dissociação (como crises psicóticas e pela desorganização decorrente

do abuso de álcool e outras drogas), talvez tenha um lugar diferenciado do momento de uma visitação regular, que parece mais próxima da realidade de trabalho do(a) agente comunitário(a) de saúde. Dito isso, porém, algumas de suas técnicas nos sugerem a possibilidade de investir na presença afetiva, cuidadora, sem julgamentos; ofertando alguma continência diante de experiências de sofrimento, elaborando sentidos sobre as mesmas.

Trazemos a experiência do AT como uma dentre outras estratégias de cuidado. Ao pensar, por exemplo, o trabalho de vínculo e promoção de saúde e saberes preventivos junto a pessoas que usam drogas ilícitas, vimos como as estratégias de Redução de Danos foram eficazes ao vincular pessoas que usavam drogas injetáveis aos serviços de testagem nos anos 1990 (quando estes usos eram majoritários), e seguiram pautando boas práticas e referenciais teóricos nas diretrizes de outros programas, serviços e estratégias de intervenção junto a populações vulneráveis, tais como os Consultórios na Rua, por exemplo (BRASÍLIA, 2012).

Agregar ao repertório de trabalhadores(as) dos vários setores recursos como estes, através da educação permanente ou continuada, por exemplo, pode potencializar sua intervenção junto a essas populações. Enquanto estratégia em saúde, assim tornamos visíveis e palpáveis situações de vulnerabilidade que talvez nunca tenham encontrado qualquer lugar de interlocução na vida das pessoas acessadas (BARRETO, 1998), nem constam nas estatísticas.

Por outro lado, quando nos deparamos com a ausência de um reconhecimento destes recursos sutis de intervenção no território, e estamos diante de experiências do sofrimento psíquico resultante de histórias de violências, este quadro pode também surgir aos olhos do(a) trabalhador(a), por exemplo, como um componente concreto, imutável; como uma realidade na qual nem mesmo as pessoas diretamente envolvidas estejam demandando mudanças. O pedido das populações ditas vulneráveis pode partir dos direitos mais básicos negados, como o de moradia e alimentação; que a rede pode no máximo acolher, mas não necessariamente resolver.

Apontamos, portanto, que as dinâmicas de vulnerabilidade, mesmo quando não confrontadas diretamente com práticas de riscos (tais como os de doenças infectocontagiosas), têm dimensões subjetivas e específicas que desafiam ao trabalho nos territórios vividos, na sua dimensão criativa e acolhedora. As tecnologias de escuta subjetiva, do AT ou da RD, por mais acabadas e promissoras que sejam, têm seus limites impostos pela própria vulnerabilidade social, cujos sintomas fazem com que as demandas sejam deslocadas. Este é o caso clássico de jovens negros e pobres, nascidos em comunidades tensionadas pela atuação de milícias e do tráfico, desempregados, que procuram serviços de saúde não para tratar de usos abusivos de drogas, mas para que possam se proteger de um contexto que se assemelha a uma guerra civil. Esta realidade também tensiona o fazer da gestão pública, que, se não pode sozinha resolver a desigualdade em um só mandato (ou com uma só ação isolada), ao menos tem o dever de ponderar de onde surge esta demanda, em vez de entendê-la como algo natural. Seria equivocada, por exemplo, investir em mais espaços para internação e isolamento social, quando já vimos que a verdadeira demanda não será atendida; que o que precisa ser tratado não é somente uma mudança comportamental da pessoa vulnerável, mas as condições pelas quais ela permanece vivendo em contextos de violência. Nesta equação, sabemos que o principal desafio da gestão é, pelo menos, o de não perpetuar as vulnerabilidades, principalmente quando há disputas econômicas interessadas na oferta de seu tratamento.



Devemos, em igual medida, construir e desconstruir saberes; levando em conta estratégias já colocadas em prática pelas pessoas acessadas, mas também oferecendo algo além das experiências de sofrimento que podem marcar a trajetória no acesso aos serviços. É provável que encontremos uma série de justificativas concretas para não ir além das funções que exercemos, mas é preciso ofertar algo diferente e, no processo, recuperar esta crença em uma ação possível. É preciso superar a vulnerabilidade como condição histórica que incide sobre trabalhadores(as), usuários(as) e gestores(as). Acompanhar essa condição, de forma ampla, é fazer com que as políticas públicas possam se sustentar como possibilidade concreta, como algo diferente do projeto civilizatório excludente que tem provocado os sintomas da vulnerabilidade em vários níveis.

Aberturas

Hoje vimos com facilidade como certas práticas corporais estão associadas a processos de riscos; porém, temos dificuldades em relacionar como algumas experiências de estigmatização e de violências institucionais ajudam a fortalecer esses riscos. Deveríamos agir, no mínimo, em ambas as frentes: a promoção de práticas de cuidado, que evitem exposição aos riscos em saúde; e a intervenção contra as dinâmicas de preconceito e estigmatização, que, ao negligenciar as escolhas de vida de várias parcelas da população, fazem com que elas (e esses riscos) fiquem invisíveis. Nesta lista de invisibilidades, porém, devemos acrescentar aquelas que atravessam as diferentes pressões político-econômicas no campo da gestão.

Através da apropriação de técnicas de escuta na dimensão subjetiva das vulnerabilidades, apostamos que pode ser tecida esta linha que desafia as nossas estratégias de promoção de saúde ou de garantia de seguridade social, para que não reproduzam, elas mesmas (mesmo que não intencionalmente), outros processos de estigmatização, preconceitos e dinâmicas de sofrimento psíquico no âmbito intrafamiliar.

Diante das diversas vulnerabilidades, e das infinitas incidências delas sobre as histórias de vida nas quais apostamos qualificar o cuidado, é possível ofertar uma diversidade de recursos acolhedores e potentes. Pessoas que promovem acesso e pessoas acessadas compartilham, de certo modo, do desafio da condição humana e inventiva, no fortalecimento de nossos recursos afetivos, familiares e sociais, apesar das forças institucionais que muitas vezes ignoram sua importância, ou, em alguns casos, que os veem com algum incômodo. Se já está sendo possível sustentar alguma oferta de vida na *ponta* dessas vulnerabilidades, como mostram algumas experiências levantadas aqui, também deve ser este o tom do trabalho realizado nos vulneráveis espaços de tomadas de decisão das políticas públicas.

Referências Bibliográficas:

BARRETTO, K. D. *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, Unimarco, 1998.

BELLENZANI, Renata; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. Disponível no *site* <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/10.pdf>. Acessado em 22/2/2014.

CHEN M.; CHAN, K. L. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. Disponível no *site* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25573846>. Acessado em 2/2/2015.

DUFF. Sex Work and Motherhood: Social and Structural Barriers to Health and Social Services for Pregnant and Parenting Street and Off-Street Sex Workers. Disponível no *site* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25513844>. Acessado em 22/2/2015.

FONSECA, Franciele Fagundes I. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Disponível no *site* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-05822013000200019&lng=pt&nr=iso&lng=pt. Acessado em 10/2/2015.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Disponível no *site* <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>. Acessado em 20/2/2015.

GREDE, G. Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health (MNCH) and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services: a literature review. Disponível no *site* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24691921>. Acessado em 2/2/2015.

LIMA, S. Demandas de cuidado domiciliar da criança nascida exposta ao HIV na ótica da teoria ambientalista. Disponível no *site* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472013000300008&lng=pt&nr=iso&lng=pt. Acessado em 10/2/2015.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Disponível no *site* <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>. Acessado em 13/2/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual sobre o cuidado em Saúde das populações de rua. Brasília: 2012. Disponível no *site* http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf. Acessado em 25/2/2015.

MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Diagnóstico dos direitos violados de crianças e adolescentes. Publicado em 2012. Disponível no *site* http://issuu.com/alcardoso/docs/rev_diagnostico. Acessado em 20/2/2015.

POLLOCK, Allyson. The origin of the Ebola Crisis. *CounterPunch Journal*, Edição de outubro de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Rede Cegonha e PIM: Apoio e Cuidado com a Família, a Gestante e a Criança. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do RS. Primeira Infância Melhor (PIM). UNESCO, 2013. Disponível no *site* http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/materiaisDeDivulgacao/folderPIM-2013.pdf. Acessado em 10/02/2015.

SAAVEDRA, Luciana; CÂMARA, Sheila. Desnutrição infantil em indígenas Mbyá-Guarani: estudo etnoepidemiológico. In: *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade*. Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 24-32, jan./dez. 2010.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/Aids aplicado às famílias: um exercício reflexivo. Disponível no *site* <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a28.pdf>. Acessado em 10/2/2015.

UNICEF BRASIL. Organizações paraenses debatem o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Publicação em 5 de outubro de 2014. Disponível no *site* http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18945.htm. Acessado em 22/2/2015.

UNAIDS. The Gap Report – Sex Workers. Publicado em 2014 (2014a). Disponível no *site* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/06_Sexworkers.pdf. Acessado em 25/2/2015.



_____. Children and HIV. Publicado em 2014 (2014b). Disponível no *site* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_en.pdf. Acessado em 25/2/2015.

_____. Women living with HIV speak out. Publicado em 2014 (2014c). Disponível no *site* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/womenlivingwithhivsspeakout_en.pdf. Acessado em 25/2/2015.

_____. Gender matters: overcoming gender-related barriers to prevent new hiv infections among children and keep their mothers alive. Publicado em 2014 (2014d). Disponível no *site* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2647_en.pdf. Acessado em 25/2/2015.

“Você é de quem?”

Integralidade do cuidado em saúde mental

Pâmela de Freitas Machado¹
Daniela Campo Tomazini²

Resumo

O presente trabalho de conclusão do curso de Psicologia se propôs a compreender as percepções dos profissionais da área da saúde mental do município de Lajeado/RS, a partir do conceito de integralidade do cuidado, no que tange a atenção aos usuários que demandam cuidados tanto do CAPS I quanto do CAPS Ad. Nesse sentido, o processo da Reforma Psiquiátrica foi um importante marco histórico, com grandes conquistas dentro da saúde mental, sendo ancorada pelo SUS e por vários movimentos sociais. Os CAPS representam a principal estratégia de substituição aos Hospitais Psiquiátricos buscando um cuidado integral, humanizado e efetivo. Dessa forma, a integralidade do cuidado representa ações de promoção, prevenção e reabilitação que provocam transformações em relação à valorização do usuário como protagonista do seu tratamento. Sendo assim, a produção do cuidado passa a ser uma responsabilidade que não cabe somente a um profissional ou a uma equipe de saúde, mas precisa ser compartilhada por vários serviços, setores e níveis de atenção da rede. A pesquisa ancorou-se em uma abordagem qualitativa, através de entrevistas narrativas com profissionais da rede de saúde mental e utilizou a análise do discurso para compreensão dos resultados, os quais foram compilados em três temáticas: a arte de encaminhar que atravessa séculos, formação entre movimentos disciplinares e complexos, e a integralidade como princípio ético. Foi possível identificar que a forma de atuação dos profissionais e, conseqüentemente, dos serviços, embora tenha tido avanços significativos na busca por um cuidado mais humanizado, ainda pressupõe uma lógica linear e fragmentada, com poucas articulações no que tange ao trabalho em rede.

Introdução

Ao adentrarmos o campo da saúde mental e os processos pelo qual ele se configura, estes nos possibilitam formular a pergunta do título deste capítulo, com a abertura para novos olhares e novas formas de intervenção para o sofrimento psíquico. Essas possibilidades levam em consideração todo o processo histórico, a Reforma Psiquiátrica e a proposta de um espaço substitutivo para os antigos manicômios. Nesse sentido, problematizar e compreender os discursos que

1 Mestre em Psicologia PUCRS; professora Univates, Lajeado/RS.

2 Acadêmica de Psicologia Univates, Lajeado/RS.

permeiam as práticas e a forma como os profissionais vêm percebendo as mudanças no cuidado em saúde mental tornam-se necessárias e desafiadoras.

A Reforma Psiquiátrica trouxe avanços e conquistas para a saúde mental, sendo os CAPS a principal estratégia de cuidado para a substituição dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, a integralidade do cuidado nas ações de promoção, prevenção e reabilitação provocaram transformações em relação à valorização do usuário como protagonista do seu tratamento. Sendo assim, a produção do cuidado passa a ser uma responsabilidade que não cabe somente ao usuário, a uma equipe de saúde, mas precisa ser compreendida por vários serviços, setores e níveis de atenção da rede. Ao falar nos princípios do SUS, a integralidade é um dos elementos necessários e fundamentais para que se proporcione um atendimento mais humanizado e efetivo, garantindo qualidade nos atendimentos e resolutividade para as demandas apresentadas pelos usuários. Desse modo, objetivamos compreender como ocorre o atendimento de pessoas que apresentam critérios tanto para o CAPS II quanto para o CAPS Ad.

Essa inquietação ancorou-se em entrevistas realizadas com os profissionais da saúde mental do município de Lajeado/RS. No discurso dos participantes da pesquisa é possível identificar que eles ainda atuam dentro de uma lógica linear, através de práticas positivistas que delimitam espaços e fragmentam o sujeito. Essas práticas demonstram a fragilidade na forma como os serviços se organizam, com preconização das especialidades em detrimento do trabalho em rede. Também se nota que os profissionais falam de uma suposta separação entre a teoria e a prática com intervenções ainda hierárquicas diante da complexidade do ser humano e das suas demandas. Dessa forma, a interlocução entre instituições e atores sociais é a chave para a integração das ações, mas também é um dos principais desafios nesse processo de transformação nas práticas de cuidado integral, humanizado e efetivo.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em territórios diversos. Esta, por sua vez, teve influência dos movimentos que surgiram na Europa, principalmente na Itália, dentro dos processos no campo da saúde mental. Segundo Foucault (2013), na Antiguidade os loucos eram resultados da imposição divina ou até de um erro ou ilusão, relativo à percepção do mundo, passando na Idade Média a serem vistos como uma possessão demoníaca. “Ainda no começo da Idade Clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas” (FOUCAULT, 1996).

Em nossa sociedade, a loucura sempre foi algo que existiu, mas o tipo de cuidado e atenção foi se modificando ao longo dos séculos. Porém, em meados do século XVII e início do século XVIII, ocorre uma brusca mudança e o mundo da loucura tornar-se o mundo da exclusão. Segundo Foucault (2010), essas pessoas não podiam mais circular pelas ruas livremente, algumas delas com condições financeiras melhores eram trancadas em casa por seus familiares (pois eram motivo de vergonha), já as que vagavam pelas ruas eram tiradas de sua cidade e enviadas para outros lugares, como uma forma de despejo em barcos que eram lançados ao mar (A Nau dos

Loucos). Dessa forma, em meio ao século XVIII, criam-se, em toda a Europa, estabelecimentos, asilos, prisões e hospitais, mais tarde denominados de manicômios, para internação e exclusão de qualquer convívio social, sendo destinados a receber não somente os loucos, mas toda uma série de indivíduos que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstravam alterações de comportamentos. Com isso aparece a função do hospital psiquiátrico, sendo um lugar de diagnóstico e de classificação (GOULART, 2006).

No Brasil, em meados do século XIX, são inaugurados os primeiros manicômios, respaldados pelo decreto n. 24.559³ de 1934. Segundo Goulart (2006) as internações se processavam de forma automática e arbitrária, sob o crivo de um registro médico, que nem sempre se fazia acompanhar de um diagnóstico consistente. Os “doentes mentais” perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao *status* de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída *a priori*.

Segundo Machado (2012), é no século XX, no chamado pós-guerra, que os hospitais psiquiátricos passam a ter maior visibilidade e começam a ser comparados com os campos de concentração. Nesse cenário, ocorre uma reorganização da assistência médica, e as instituições passam a ser exigidas quanto a uma reestruturação, na busca por garantir os direitos humanos e a reinserção social de seus internos, em um processo de desinstitucionalização como objetivo de várias nações. Na Reforma Psiquiátrica Italiana, passou-se a questionar a própria instituição da psiquiatria, os códigos e diagnósticos, representando uma das propostas de ruptura desse paradigma. Esse movimento possibilitou compreender a desinstitucionalização como um processo que permite vislumbrar como sujeitos de direitos as pessoas que apresentam sofrimento psíquico. Nesse sentido “o engendramento de conceitos e percepções foi se transformando e se ampliando na medida em que a sociedade foi se questionando e lutando por diferentes espaços no que tange à loucura” (MACHADO, 2012, p. 18).

Já no final dos anos 1970 e ao longo dos anos 1980, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente explodiu no Brasil. Foi impulsionado pela vinda do psiquiatra italiano Franco Basaglia⁴, que realizou em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, através de fóruns e seminários, a divulgação do trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizara em Trieste, na Itália. O trabalho de Basaglia influenciou fortemente nos rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria francesa (GOULART, 2006).

O movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil envolveu os governos federal, estadual e municipal, as universidades, o mercado dos serviços de saúde, os trabalhadores, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, os movimentos sociais, os territórios do imaginário social e da opinião pública. Com a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, emergem diferentes

3 Este decreto permaneceu em vigor até o ano de 2000 – e tratava os doentes mentais como sujeitos desprovidos de direitos civis.

4 Franco Basaglia, nasceu em 1924, em Veneza, era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana conhecida como Psiquiatria Democrática. Com a proposta de substituir o tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os loucos (AMARANTE, 1996).



paradigmas, novos conceitos do processo saúde-doença e novas redes de assistência e alocação de recursos. Isso gera grandes desafios e amplia os atores sociais envolvidos na construção do cuidado e da cidadania e na busca da reabilitação psicossocial (CORREIA, 2011).

Este movimento social ganha maior visibilidade com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), sendo aprovado em 6 de abril de 2001. A Lei n. 10.216⁵ (BRASIL, 2001), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, qualidade para o atendimento terapêutico, reabilitação psicossocial, atendimento territorial e a extinção progressiva dos manicômios em todo o País; sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e/ou grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno. Através dessa regulamentação observamos que: “Há uma preocupação com a opinião e com o desejo do ser humano: o usuário como centro de sua própria vida, como agente atuante no mundo” (MACHADO, 2012, p. 25).

Os anos 1990 consolidam os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção. A descentralização promovida através do Sistema Único de Saúde (SUS), associada às várias políticas locais, permitiu o desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar. (GOULART, 2006). Diante dessa procura por uma transformação subjetiva desses usuários e de algumas conquistas na história da saúde mental, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgem como dispositivos que permitem visualizar o sujeito como centro de sua própria vida, como agente atuante no mundo, possibilitando espaços de fala e escuta (MACHADO, 2012).

Nesse sentido, somam-se também a Portaria do Ministério do Estado n. 336 de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental e as Leis Federais do SUS n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (BRASIL, 1990), que tem como um dos determinantes a “saúde como direito de todos e dever do Estado” previsto na Constituição Federal de 1988 (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Essas leis e portarias complementam os princípios do SUS: universalidade de acesso aos serviços; integralidade nas ações: equidade de atender igualmente o direito de cada um; descentralização dos recursos de saúde; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

No município de Lajeado/RS, local de realização da pesquisa, o CAPS I⁶ atende somente adultos com transtornos mentais severos e persistentes. No ano de 2010, foi criado neste município o Ambulatório para Tratamento da Dependência Química ou Ambulatório Ad (álcool e outras drogas), passando em maio de 2014 para CAPS Ad⁷.

Diante de todos os avanços e conquistas da saúde mental, esse cenário convoca-nos a pensar o papel e o lugar dos profissionais de diferentes níveis de formação, esferas e serviços,

5 Lei n. 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

6 Está em transformação de CAPS I (atende todas as idades e todas as demandas em saúde mental) para CAPS II (atende somente adultos com transtornos graves e persistentes).

7 Para a implantação de um CAPS Ad, é necessário que haja uma população acima de 70.000 mil habitantes no município (VIEGA, 2012).

diante dessas mudanças de concepções, saberes e práticas das ações de intervenção, desde um olhar integral e no cuidado mais efetivo aos usuários na saúde mental. Ao adotar esta ótica, é possível compreender a forma como os discursos engendrados no campo da saúde foram se constituindo e estão se formando, e o quanto estes acabam por influenciar nas práticas do cotidiano e nos serviços, como no caso dos CAPS. Isso também se reflete diante dos movimentos na busca por articulações com a rede de apoio e no suporte intersetorial.

O papel da rede na integralidade do cuidado

Em relação à problematização do papel da rede na integralidade do cuidado, considera-se importante retomar, um pouco, as concepções sobre saúde e doença, pensando a integralidade como um processo que abarca diversos fatores e acionam serviços e instituições, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas de cada povo. Este processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional, englobando fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos, ambientais, políticos, podendo ser identificados como uma complexa inter-relação de uma pessoa, grupo social ou sociedade (SPINK, 1992).

A Reforma Sanitária no Brasil, na década de 1970, “constituiu-se por um conjunto de práticas de negociação do agir frente aos códigos que organizavam as condutas, as prescrições, os focos, os investimentos no campo da saúde e das condições de vida” (BERNARDES, 2012, p. 186). Essa forma de atuação dentro da área da saúde foi sendo modificada, a fim de poder ampliar os conceitos de saúde e doença e, conseqüentemente, as formas de atuação dos profissionais da saúde.

Na atualidade, essas mudanças vêm ancoradas em definições de saúde presente, por exemplo, na Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080/90 que procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, considerando fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Acrescentando, entre outros, a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais. Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde, sendo complementada pela Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990). Dessa forma, a integralidade:

[...] pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SALA et al., 2011, p. 950).

Considerar o usuário como um sujeito integral implica promover um protagonismo do mesmo, diante do planejamento e das ações em saúde, bem como reconhecendo a grande importância dos fatores sociais, econômicos e culturais, no qual o usuário está inserido (BRASIL, 2004). O fortalecimento da integralidade em saúde é um compromisso histórico do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Nesse sentido, a multiprofissionalidade do cuidado em saúde

é uma das vias de acesso para a efetiva prática da integralidade, com a articulação de vários saberes, em um trabalho reflexivo diante das práticas e ações em saúde e com um comprometimento do profissional envolvido (PINHEIRO et al., 2006).

O objetivo de organizar a rede de atenção para as pessoas com transtornos mentais pressupõe buscar uma forma de cuidado visando à integralidade deste usuário. Isso implica considerar todas as dimensões possíveis de intervenção permitidas pelo usuário (MACHADO et al., 2007). Desse modo, preconiza-se o acolhimento, a escuta, o trabalho em equipe, buscando realizar a construção do acompanhamento e a reinserção social dos usuários nos vários espaços da área da saúde disponibilizados, promovendo uma autonomia que gere um fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

A constituição dessas redes de apoio no cotidiano dos usuários e trabalhadores da saúde está diretamente relacionada ao reconhecimento social dos sujeitos na esfera da afetividade, do direito ou da solidariedade. Ganhando, assim, visibilidade dos gestores e trabalhadores da saúde e da comunidade em geral, sendo pensados como dispositivos para engendrar novos arranjos de sociabilidade que favoreçam a integralidade e propiciem a participação de sujeitos e coletivos na luta por reconhecimento e democratização do direito à saúde (PINHEIRO, 2012).

Os CAPS são serviços que servem de apoio, desenvolvendo um cuidado mais efetivo, compondo, juntamente com o usuário, seus familiares e a equipe de saúde, um trabalho de responsabilização entre todas as partes envolvidas. Andrade (2012) afirma que a integralidade na prática, como forma de cuidado, refere-se à necessidade de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo usuário, não se reduzindo a ações verticais de combate à doença, reconhecendo a intersubjetividade que se dá na renegociação da definição dos projetos terapêuticos.

O grande desafio, quando se pensa em um usuário que apresenta critérios para atendimento tanto no CAPS I quanto no CAPS Ad, é como articular ações em saúde, pensando na integralidade do cuidado a esses usuários, diante da complexidade que envolve as práticas dentro da saúde mental.

A construção de um campo de análise: entre experimentações e desassossegos

As narrativas possibilitaram vislumbrar a dimensão existencial e criativa das práticas sociais, tornando possível perceber o que se passou do ponto de vista daquele(a) que viveu ou vive os acontecimentos de interesse para a pesquisa. A escolha deste instrumento permitiu, através do discurso, o acesso a dados de realidade, do caráter subjetivo, isto é, ideias, crenças, maneiras de pensar e atuar, opiniões, sentimentos, conduta ou comportamento presente ou futuro, manifestados de forma consciente e inconsciente pelo participante.

Para Orlandi (2003), é através da análise de discurso que se procura entender como o sujeito, atravessado pela ideologia de seu tempo, de seu lugar social, lança mão da língua para significar-se. Dessa forma, também afirma que a riqueza da Análise do Discurso está na possibilidade de explorar, de muitas maneiras, a relação trabalhada com o simbólico, considerando inclusive as diferenças.

Segundo Foucault (1996), o discurso:

[...] é um discurso de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam, em uma época dada e, para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (p. 28).

Para Fischer (1995) o discurso analisado não é uma manifestação de um único sujeito, existe uma pluralidade de vozes e saberes que circulam e se manifestam nas falas dos participantes, como alguém que ao mesmo tempo é falante e falado. Assim, é possível problematizar produções políticas e históricas sobre as formas de cuidado integrais aos usuários dentro desses espaços substitutivos.

A escolha do conceito de integralidade do cuidado como analisador nas entrevistas da pesquisa teve o intuito de produzir movimentos e pensamentos em relação às práticas de intervenção na saúde mental. Com isso, buscou-se compreender como esses profissionais percebem o cuidado integral e a articulação do serviço com a rede.

Os profissionais que participaram da entrevista foram: a coordenadora de saúde mental do CAPS I e do CAPS Ad; um profissional de formação de nível superior de cada serviço; um profissional de nível técnico de cada serviço e, também, a coordenadora⁸ de saúde mental do município de Lajeado. A escolha dos profissionais que participaram da entrevista, exceto as coordenadoras, ficou a critério da equipe dos serviços envolvidos. Dessa forma, os resultados foram organizados em três dimensões temáticas. Estas, por sua vez, permitem compreender algumas concepções dos profissionais que atuam dentro dos serviços de saúde mental no município de Lajeado em relação à integralidade do cuidado.

A arte de encaminhar que atravessa séculos

A prática do encaminhamento de um lugar para outro, determinando o espaço mais adequado para uma pessoa ser acolhida, além da fragmentação nas práticas de cuidado, é uma forma de atuação que atravessa séculos dentro da área da saúde. A saúde mental passou por várias transformações na forma como as pessoas são percebidas pela sociedade, dependendo de cada época (FOUCAULT, 2013).

Durante as entrevistas, foi possível perceber que o ato de encaminhar ainda é preponderante nas práticas em saúde mental. Este contexto demonstra, entre outros aspectos, a fragilidade na forma como os serviços se organizam, baseando-se em um cuidado que leva em consideração os critérios de inclusão/exclusão e não a demanda trazida pelos usuários naquele momento de vida, como podemos observar na fala abaixo:

“Mas uma coisa que eu percebo muito forte, que quando a pessoa diz que usa álcool ou droga, é do Ad. Sabe, não importa qual é o problema principal, digamos o que é primário ou secundário, às vezes o uso de álcool é uma consequência de um monte de outras coisas, mas parece que se usa álcool é do Ad” (Beatriz).

⁸ A Secretaria de Saúde emitiu um documento de liberação para a realização da pesquisa. O projeto de pesquisa passou pelo comitê de ética da Univates.

Segundo Silva e Tavares (2004) os problemas de saúde são complexos e requerem para o seu enfrentamento, um foco dos serviços e das ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas dos usuários, para o cuidado, para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização entre os trabalhadores e esses usuários.

Dessa forma, percebe-se que esses serviços atuam ainda, dentro de uma lógica linear, através de práticas positivistas, que delimitam espaços e fragmentam o sujeito, com ações isoladas de cada serviço. Segundo Gomes e Deslandes (1994), o positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno, e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Conforme Ojeda e Strey (2008), essas múltiplas positivities encobertas por esse estatuto hegemônico assinalam a necessidade de se repensar as ações, com novas práticas que permitam questionar se o saber científico é o único estatuto que garante um viver saudável.

Conforme Ojeda e Strey (2008), quando os serviços se fecham em si mesmos, perdem a referência da complexidade de sua matriz – a Saúde –, instituindo barreiras para constituição de novas possibilidades de se pensar e agir, determinando, a partir de um conjunto de regras, o verdadeiro (bom) do falso (mau), salientando os efeitos políticos de poder. As técnicas e os procedimentos são valorizados para obtenção da verdade, ou seja, os sujeitos são encaminhados ancorados nessa percepção.

Dessa forma, os serviços e os profissionais de saúde desenvolvem suas práticas de cuidado pautados em um funcionamento que parte da existência ou ausência de certos sintomas, critérios ou diagnósticos para acolher ou encaminhar os usuários. Segundo Bernardes (2012), a população torna-se estatisticamente normatizada pelos processos de categorização individuais: família, criança, mulher, idoso, trabalhador, doente, desempregado. E incluiremos aqui outras categorizações que limitam a atenção e reduzem a escuta: tuberculose, aidético, drogado, delinquente, criminoso, pobre etc. Com isso, perpetuam-se saberes e práticas individualizados e hierarquizados em cada profissão que fragmentam as ações em saúde (OJEDA, STREY, 2008). Assim, também a criminalização, a discriminação e a culpabilização situadas no processo saúde-doença produzem adoecimento. Esse funcionamento se manifesta através da fala de um dos participantes:

“A gente vem numa lógica que perpassa todos os serviços de saúde, de que se ele precisa do atendimento de um outro serviço, como o CAPS Ad, ele deixaria de ser do CAPS I” (Maria).

“Às vezes, ele tem um prontuário antigo, que fizeram dez anos atrás, que fizeram tratamento aqui, ah, mas tem prontuário no Ad, então é do Ad” (Ana).

Conforme Sala et al. (2011), a organização dos serviços e das práticas de saúde, visando à integralidade, busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica. A integralidade do cuidado busca a compreensão do usuário, como sujeito com suas diferenças e seu direito de inclusão no sistema social onde vive, como uma premissa de base para uma relação de comunicação dialógica com ele (VIEIRA FILHO, 2011). Busca-se o engajamento do usuário, sua colaboração em uma proposta construída conjuntamente.

Dessa forma, a tarefa dos profissionais da saúde se dá no encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, sendo necessário escapar das binarizações, libertando-se dos especialismos enclausuradores para desmanchar territórios do saber-poder, que insistem nas hierarquizações que desqualificam os saberes-fazeres da experiência (BARROS, 2006). Em outra fala, nota-se que existem dificuldades quanto à própria ideia de integralidade, pois se percebe um sujeito integral, separando-o através das especialidades:

“Mas pensando num território menor, e a gente pode pensar o municipal, ele faz parte de toda a rede, e nisso tem falhas muito grandes. Acho que pelos resquícios destes corpos, de que se o sujeito tinha, sei lá, se ele tinha uma pneumonia ele era exclusivo da especialidade tal, que ele estava procurando, e deixava de ser da rede” (Márcia).

Essa fragmentação também tem gerado especialistas, com uma concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade, cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades e experiências locais em nome do conhecimento (CECCIM, 2004/2005).

Com isso, o trabalho sofre um processo de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde (FRANCO, 2006). Conforme Minayo (2010), as instituições e as estruturas são ações humanas objetivadas que, a partir do desenvolvimento de forças produtivas e com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, criam visões de mundo, com nuances e diferenciações relacionadas às condições de vida e heranças culturais. “Vive-se em um momento de transição de um modelo eminentemente biológico, curativo, para um modelo que busca a integralidade da atenção em saúde” (OJEDA, STREY, 2008, p. 6).

“Acho que às vezes falta escuta, acho que os serviços também estão tão cheios que, com tanta demanda, né? É, vamos mandar pra lá porque usa álcool ou, enfim, não usa” (Márcia).

A interlocução entre instituições e atores sociais é a chave para a integração das ações em saúde, mas também é um dos principais desafios nesse processo de transformação. A escuta das necessidades dos usuários é a ferramenta básica de que dispõe o profissional para o acolhimento e para o cuidado (SILVA, TAVARES, 2004). As ações de intervenção na saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional de saúde reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe (PEDUZZI, 2007, p. 162).

Formação: entre movimentos disciplinares e complexos

Cada sociedade vive em um determinado tempo e espaço, a partir da sua formação social e cultural, vivendo em um presente, marcado pelo passado e projetado para o futuro, em marcas

pregressas, numa reconstrução constante do que está dado e do novo que surge (MINAYO, 2010). “Os mecanismos disciplinares são antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens” (FOUCAULT, 2013, p. 180). Dessa forma, a disciplina passa a ser uma forma de vigilância permanente aos sujeitos, um exercício de poder. “A disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (FOUCAULT, 2013, p. 181).

Durante as entrevistas, percebeu-se que o funcionamento do serviço tem como base alguns critérios de inclusão/exclusão. Esses fatores criam práticas limitadoras que dificultam os cuidados e a articulação entre os serviços. Esses procedimentos afastam-se de uma lógica que busca por intervenções que partam de uma visão integral do sujeito e não da fragmentação do mesmo, como mostra uma das falas:

“Eu acho muito difícil a articulação, é bem complicado assim, porque tu assumir que este paciente é teu é tu te comprometer, tu tem um compromisso com este paciente, tu vai ter que ir até o final, eu vejo isso assim, que alguns serviços não querem se comprometer, e aí eles falam esse paciente é teu, agora fica lá contigo, e aí acaba que acontecem as coisas que acontecem” (Ana).

Dessa forma, a ideia de uma clínica que se amplia de forma mais efetiva a partir das propostas que consideram um atendimento mais humanizado necessita de um conjunto complexo de saberes e de vários olhares e que pouco aparece nas práticas de cuidado. Nesse contexto, fazemos referência à linha de cuidado que tem por objetivo “costurar” a trajetória do usuário, preconizando o atendimento em rede e o compartilhamento de ações. É claro que esses processos de construção/reconstrução são atravessados por determinantes e implicações de várias ordens que extrapolam a dimensão estritamente técnica da atenção à saúde (AYRES, 2009, p. 13).

Segundo Ceccim e Armani (2002), para que a integralidade possa ser reconhecida e faça parte das práticas diárias de intervenção em saúde, é importante que os profissionais e os serviços nos quais atuam percebam que um cuidado integral envolve uma ação recíproca entre a macro e a micropolítica de saúde. O processo de trabalho na sua micropolítica, quando esta funciona sob a forma de um trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo e de alta possibilidade inventiva. “Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade” (FRANCO, 2006, p. 460).

Dessa forma, a adoção da integralidade como eixo orientador da formação de profissionais de saúde resgata a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno em questão, exigindo uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral (CAMPOS, 2000).

Assim, os serviços devem buscar uma reformulação dos modos de cuidar, pensar e de promover a saúde, tendo em vista o processo de responsabilização e comunicação dialógica

entre os vários atores sociais e as esferas públicas, isso inclui governantes, gestores, usuários, profissionais de saúde, formadores e alunos, com movimentos e transformações que visam à integralidade da atenção em saúde (SILVA, TAVARES, 2004). Segundo Sander (2010), “A atualidade e o que queremos para o futuro da saúde mental nos reservam uma série de desafios” (p. 385). Quais seriam estes desafios? Cecim e Armani (2002) destacam que os desafios atuais na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde estão em aprender a não dissociar atenção individual às doenças e aos adoecimentos da vigilância à saúde; valorizar o saber do usuário e dos trabalhadores; não dicotomizar qualidade de vida do modo de andar na vida; não dissociar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde; realizar o trabalho educativo junto à população como um trabalho de aprendizagem; e aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões e do campo de atenção integral à saúde.

Integralidade como princípio ético

A Reforma Psiquiátrica tem possibilitado diferentes discursos que provocam rupturas no campo da saúde mental e nas práticas de cuidado através dos CAPS, surgindo como um serviço substitutivo e articulado com outros serviços. Segundo Campos (2000), a saúde pública aparece como construção histórica e o exercício profissional como prática social. Deste modo, olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação, com práticas que rompem com concepções dicotômicas do viver e do exercício profissional (OJEDA, STREY, 2008). Nesse sentido, algumas falas dizem respeito ao que os profissionais de saúde mental, participantes da pesquisa, compreendem por integralidade do cuidado:

“Integralidade, como a palavra já diz, integral, inteiro, acho que um cuidado da pessoa por inteiro, não em partes...” (Ana).

“Bom eu acho que integralidade do cuidado é passar por todas as questões assim, é ver o usuário como um todo, estou dizendo que por ser um serviço de saúde mental, a gente vai ter também que olhar para as questões clínicas, às vezes, e promover um cuidado a partir da demanda...” (Maria).

Segundo Bernardes (2012), passou-se de uma ética da existência na Antiguidade Clássica para uma ética normativa na Modernidade. Desse modo, os discursos que circulam e atravessam as práticas de intervenção são um reflexo da postura assumida por cada profissional diante da demanda trazida pelos usuários.

Atualmente, o trabalhador da saúde baseia-se no código de ética que regulamenta cada profissão, porém à ética ultrapassa os códigos e deve ser assumida como uma postura diante de uma visão de mundo, de ser humano e das relações estabelecidas entre ambos, em uma responsabilização, com princípios que pressupõem o respeito ao sujeito humano e a seus direitos.

“Um código de ética não pode ser visto como um conjunto fixo de normas e imutável no tempo. As sociedades mudam, as profissões transformam-se e isso exige, também, uma reflexão contínua sobre o próprio código de ética que nos orienta” (CRP, 2012).

Nesse sentido, o Código de Ética profissional estabelece padrões esperados quanto às práticas em cada respectiva categoria profissional e pela sociedade, procurando fomentar a autorreflexão exigida de cada indivíduo acerca da sua práxis, assumindo a responsabilidade pessoal e coletiva por ações e suas consequências no exercício profissional. Segundo Ojeda e Strey (2008), “tornar-se profissional de saúde significa ir além da formação acadêmica e de seu exercício profissional” (p. 4). Sua constituição se dá nos meandros da sociedade que, por teorias, discursos e práticas, os organizam para então assumirem determinados papéis que se mesclam nas diferentes profissões. Nesse sentido, a integralidade do cuidado vai além da formação e do exercício profissional, partindo de uma postura, visão de mundo e de ser humano. O profissional não assume uma postura ética ao iniciar sua carreira profissional, ela vem sendo constituída ao longo de sua vida. Como podemos observar em uma das falas:

“Eu acho que é pra além da formação, que é por instituições que perpassam aí, né, em cada instituição que atravessam, questão religiosa enfim, agora que é além da formação, né, eu acho que é isso” (Maria).

Segundo Barros (2006), “a formação e o exercício profissional não são dois momentos sucessivos, mas devem coexistir sempre para todo aquele que se encontra envolvido com este debate sobre formação” (p. 140). Dessa forma, promovendo discussões a fim de ampliar olhares e concepções como novas possibilidades nas práticas de intervenção em saúde, assumindo uma postura responsável diante da demanda do outro, ou seja, construindo sua postura ética.

Considerações finais

Diante da pesquisa realizada, torna-se pertinente afirmar que a organização das ações e dos serviços de saúde, das redes de apoio social e da própria concepção de integralidade entre os profissionais da saúde durante o processo de formação precisam ser estimuladas, planejadas e geridas, de acordo com as necessidades da população, vislumbrando o sujeito como um ser integral, e não a partir da doença ou das limitações que este apresenta. Embora o modelo biomédico ainda seja, em muitos momentos, predominante, os profissionais de saúde necessitam problematizar suas práticas, buscando estratégias que superem esse modelo de assistência à saúde centrado na doença e voltado para o diagnóstico.

Também foi possível identificar que a formação dos profissionais em saúde necessita de uma reformulação nos currículos, capaz de explicitar a complexidade do processo de trabalho nas práticas de intervenção em saúde, que objetive romper com as perspectivas instrumental (disciplinar), fragmentária e produtivista (visando à quantidade).

Desse modo, torna-se fundamental estabelecer estratégias que priorizem o acolhimento, o trabalho em equipe e a comunicação em rede. A integralidade é, portanto, um valor a ser sustentado e um dispositivo crítico no que tange à formação, buscando ressaltar o potencial

do trabalhador para operar transformações nas políticas de saúde, ou seja, a integralidade só se materializa no campo das relações humanas, como uma postura ética e uma visão de mundo e de ser humano que preconize princípios de igualdade e equidade.

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Andréa Batista. *Integralidade e Humanização em Saúde Mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial*. Fortaleza-CE, 2012. Disponível no *site* http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes/561ae7f0e54ee65c4692caa40_c7f6ac5.pdf. Acessado em 20 de maio de 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, 2009.

BARROS, Maria Elizabeth Barros. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p. 131-150, 2006.

BERNARDES, Anita Guazelli. Potências no Campo da Saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. *Santa Cruz do Sul: Barbarói*, n. 36, p. 175-190, jan./jun. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.216, de abril de 2001. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível no *site* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acessado em 25 de outubro de 2014.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 19 set. 1990. Disponível no *site* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acessado em 6 de outubro de 2014.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [Diário Oficial da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 25694, 28 dez. 1990. Disponível no *site* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acessado em 6 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução n. 446*, 12 de dezembro de 2012. Disponível no *site* http://www.funorte.com.br/files/Resolucao_CNS_466_2012.pdf. Acessado em 10 junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília, novembro de 2005. Disponível no *site* bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acessado em 2 de maio de 2014.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35. ed. Disponível no *site* [ile:///C:/Users/dcampo/Desktop/constituicao_federal_35ed%20\(1\).pdf](http://ile:///C:/Users/dcampo/Desktop/constituicao_federal_35ed%20(1).pdf). Acessado em 20 de maio de 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECCIM, Ricardo; ARMANI, Teresa B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. (orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Ed. da Casa, p. 143-161, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CORREIA, Valmir Rycheta. **O profissional da estratégia da família na promoção da saúde mental**. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, SP, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/dcampo/Desktop/tese.pdf. Acesso em: 28 mai. 2014.

CRP. Conselho Regional de Psicologia/RS. **Profissão Psicólogo: cadernos de perguntas e respostas**. 5. ed. rev. Brasília, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 9. ed. 2010.

_____. **Microfísica do Poder**. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível no *site* http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf. Acessado em 4 de novembro de 2014.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114 jul. 1994.

GOULART, M. S. B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006. Disponível no *site* http://www.ufsj.edu.br/portalexpositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf. Acessado em 02 de outubro de 2014.

MACHADO, Maria F. A. S.; MONTEIRO, Estela M. L. M.; QUEIROZ, Danielle T.; VIEIRA, Neiva F. C.; BARROSO, Maria G. T. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS – uma Revisão Conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível no *site* <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acessado em 10 de junho de 2014.

MACHADO, Pâmela de Freitas. “Vai ouvir a nossa voz”: Reforma Psiquiátrica, Psicologia e Política. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS-RS, 2012. Disponível no *site* <http://hdl.handle.net/10923/5618>. Acessado em 10 de maio de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OJEDA, Beatriz Sebben; STREY, Marlene Neves. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 5. ed., 2003.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M. E. B.; MATTOS R. A. (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 161-177, 2007.

PINHEIRO, Roseni; SILVEIRA, Rodrigo; LOFEGO, Juliana; JUNIOR, Aluísio G. da S. (orgs.). **Integralidade Sem Fronteiras: Itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

SILVA, José Paulo Vicente; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho. Educação e saúde [on-line]*. 2004, v. 2, n. 2, p. 271-286. ISSN 1981-7746. Disponível no *site* http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462004000200004&script=sci_arttext. Acessado em 18 de maio de 2014.

SPINK, Mary Jane P. A Construção Social do Saber Sobre Saúde e Doença: Uma perspectiva Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 125-129, 1992.

Internação para tratamento da tuberculose: elementos que contribuem para a construção social da vulnerabilidade

Rosana Maffaccioli¹
Simone Meyer Rosa²
Dora Lúcia de Oliveira³

Resumo

A partir dos resultados de uma pesquisa de doutorado em Enfermagem realizada no Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS), procurou-se versar sobre o que conforma socialmente uma conjuntura de internação para tratamento da tuberculose. Para além do elenco de fatores de risco associados a essa doença, pretendeu-se destacar acontecimentos que constituíram trajetórias pessoais de vulnerabilidade à internação. A pesquisa foi desenvolvida em 2014 e, naquela ocasião, pretendia-se compreender o processo de construção social de trajetórias pessoais de vulnerabilidade à internação por tuberculose, enfocando experiências singulares de adoecimento, a atenção em saúde e os cenários culturais onde essas experiências ganhavam sentido. A metodologia utilizada consistiu na observação participante nas alas de internação do HSP/SES/RS e entrevistas em profundidade com 12 pessoas, entre homens e mulheres. Situação de rua, uso prejudicial de drogas (o *crack*, em especial) e a coinfeção com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), acontecimentos que geralmente são enunciados como fatores de risco para o adoecimento por tuberculose, foram analisados como experiências significativas na composição das trajetórias de internação. Contudo, a ruptura nas relações sociais (rede familiar e de amizades) foi um dos eventos mais marcantes nas narrativas das pessoas entrevistadas. Constatou-se que, em contextos socioculturais marcados por desigualdades de oportunidades, a articulação dessas experiências, em cada trajetória pessoal, tem grande potencial para a produção do agravamento do estado de saúde e da necessidade de internação. Concluiu-se que a resposta programática à tuberculose deve passar a contemplar essas questões, para o que será preciso ampliar o escopo do trabalho em saúde. Parcerias intersetoriais (saúde, educação, cultura e lazer, trabalho etc.), mudanças no modelo de gestão em saúde (gestão aberta à participação do controle social) e formação em serviço podem compor o caminho para trajetórias que promovam e preservem a vida das pessoas afetadas pela tuberculose.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem – Escola de Enfermagem UFRGS. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre/RS.

2 Terapeuta Ocupacional. Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva – Escola de Saúde Pública. Servidora no Hospital Sanatório Partenon/SES/RS.

3 Enfermeira. Doutorado em Educação em Saúde – University of London. Professora associada IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

A tuberculose é uma doença milenar que, nos dias de hoje, tornou-se passível de tratamento medicamentoso e cura. Todavia, é responsável por uma densa carga de mortes e sequelas, especialmente, em países e regiões do mundo que são instáveis do ponto de vista socioeconômico (WHO, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

O registro histórico acerca da tuberculose permite afirmar que essa doença nunca deixou de ser um problema de saúde pública e talvez nunca tenha sido, de fato, controlada quando se observam certos segmentos populacionais. Entre os que integram esses segmentos, destacam-se: a população negra, populações indígenas, privadas de liberdade, em situação de rua, migrantes e homens. E entre as situações que mais entravam o controle da doença estão: a coinfeção com o vírus HIV, a dependência química (principalmente com o uso de álcool e *crack*), o abandono do tratamento e a multidroga-resistência (LINDOSO et al., 2008).

Pode-se dizer que constatações como essa fomentam o interesse de muitos pesquisadores em relacionar aspectos sociais à gênese da tuberculose, sob a forma de estudos desenhados para inferir riscos associados a adoecimento e morte. Ter baixa renda; estar desempregado; ter baixa escolaridade; ser do sexo masculino; pertencer à faixa etária relativa a adultos jovens; ter certa situação conjugal (estar solteiro, separado ou viúvo); abandonar o tratamento antituberculose; viver sob condições precárias de saneamento básico; estar coinfectado com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); e residir em áreas de alta densidade populacional integram a lista de fatores de risco, apontados em uma revisão da literatura sobre o assunto (SAN PEDRO, OLIVEIRA, 2013). Pesquisas que focalizam as principais características de indivíduos que necessitam de hospitalização para tratamento da tuberculose também apontam essas situações. Além das que foram citadas, no entanto, destacam-se o uso de álcool, tabaco e outras drogas; histórico de prisão; ausência de moradia fixa; falta de apoio dos membros familiares; casos de retratamento para tuberculose. Também são referidas as comorbidades mais comumente notificadas nos pacientes: diabetes, hipertensão, hepatites virais, distúrbios mentais e, com maior prevalência e letalidade, o HIV/Aids (MATOS et al., 2007; SEVERO et al., 2007; ASSUNÇÃO, SEABRA, FIGUEIREDO, 2009; OLIVEIRA et al., 2009; VASHAKIDZE et al., 2009; BELILOVSKY et al., 2010; BRITO et al., 2010; GONÇALVES, PLAS, MENDELSON, 2011; PERRECHI, RIBEIRO, 2011; SHENJIE et al., 2011; CECILIO et al., 2013; GONÇALVES, FERREIRA, 2013; OLIVEIRA, GONÇALVES, 2013; STOLP et al., 2013; IKEDA et al., 2014; KIRENGA et al., 2014).

Para além de representarem obstáculos às investidas no controle da doença e na contramão das tendências de tratamento ambulatorial, muitos pacientes que vivem essas situações precisam se submeter à internação em regime de média e longa permanências em hospitais especializados, no modelo de assistência sanatorial. Nesses locais, espera-se providenciar um tratamento que exigirá a internação dos doentes por pelo menos seis meses. Apesar do debate em torno da extinção desses serviços, não há perspectivas para que isso se concretize diante das condições materiais precárias em que ainda vive grande parte da população brasileira (SEVERO et al., 2007).

Considerando essas informações, pensou-se em investir numa perspectiva de pesquisa que pudesse registrar como esses fatores ou situações se constituíam no cotidiano das pessoas

a ponto de produzir a conjuntura de internação para tratamento da tuberculose. Tinha-se como intenção ressignificar tais elementos, apreendendo-os como parte de um processo do andar da vida das pessoas. Tratou-se, pois, de reconhecê-los pelo quadro teórico da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH) (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012). Essa referência analítica tem produzido avanços importantes no campo da saúde, especialmente em estudos sobre Aids, os quais têm revelado a importância em enfrentar desigualdades sociais para uma efetiva resposta programática à doença.

Nesse sentido, o ponto de partida é uma avaliação que articula três componentes interligados em saberes e práticas relacionados à saúde e à doença. Um deles refere-se à capacidade, ao interesse e às condições que o indivíduo tem de transformar preocupações em práticas protegidas e protetoras. Essa ação dependeria do grau e da qualidade das informações de que o indivíduo dispõe sobre o problema e da sua capacidade de elaborar e incorporar essas informações de modo que elas se transformem efetivamente em preocupação. Esse seria o componente individual da vulnerabilidade. O segundo componente reúne aspectos do contexto social de vida dos indivíduos, o qual condiciona a obtenção de informações e as possibilidades de metabolização e incorporação dessas informações para produzir mudanças práticas. Alguns exemplos desses aspectos são: acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais e estar livre ou se defender de coerções violentas. Esse é o componente social da vulnerabilidade, do qual emanam os recursos sociais que os indivíduos necessitam para se preservar dos danos à sua integridade. Por outro lado, para disponibilizar efetiva e democraticamente esses recursos, para que seu uso seja otimizado e para que os indivíduos se fortaleçam, é necessário que esforços programáticos sejam feitos. Tais esforços, diante de “padrões de cidadania efetivamente operantes” na sociedade, aumentariam o grau e a qualidade dos compromissos, dos recursos e das gerências no âmbito dos Programas de Saúde. Esse é o componente programático da vulnerabilidade (AYRES et al., 2003; AYRES et al., 2006; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012, p. 13; AYRES, PAIVA, FRANÇA JÚNIOR, 2012).

No que tange à resposta governamental para redução do impacto da tuberculose, também tem se configurado a necessidade de abordar mais efetivamente os processos subjacentes de desigualdades, os quais se relacionam com o adoecimento. Nesse sentido, a partir das reflexões geradas na pesquisa “A construção social da vulnerabilidade em trajetórias de internação para tratamento da tuberculose”, será possível observar que as rupturas nas relações sociais, como um desdobramento das desigualdades sociais, são eventos contundentes para a manutenção das situações de vulnerabilidade.

Caminhos para internação no HSP/SES/RS: trajetórias pessoais marcadas pelo adoecimento por tuberculose

Superar a tradicional linguagem dos fatores de risco associados ao agravamento da tuberculose para compreender o que conformava trajetórias pessoais de internação para tratamento da doença foi fundamental para esta pesquisa, pois permitiu desvelar experiências de vulnerabilidade bastante complexas e, possivelmente, pouco compreendidas no contexto da saúde.

No registro de entrevistas com seis homens e seis mulheres internadas no HSP/SES/RS, observou-se que tais experiências se assemelhavam em muitos aspectos. Era comum as histórias serem marcadas pelo não tratamento com medicamentos antirretrovirais/tuberculostáticos, pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas (especialmente o *crack*), pela experiência de estar em situação de rua e pela ruptura de vínculos familiares e sociais. Essas situações, geralmente, se associavam entre si, projetando-se em diferentes graus e momentos nas trajetórias e estando presentes de maneira expressiva nas histórias de pessoas que compunham a rede social dos participantes. Nesse sentido, as entrevistas permitiram descobrir que a tuberculose era uma doença que acometia especificamente o grupo social formado por relações de parentesco e amizade, já que filhos, pais, tios, irmãos, companheiros, amigos etc. também tinham/tiveram a doença.

Também, a partir das entrevistas, dados sociodemográficos e de saúde dos participantes da pesquisa foram gerados. Ao compilá-los, obtiveram-se elementos empíricos para aventar que, em seu conjunto, esses dados representavam as características da população hospitalizada no HSP/SES/RS (Quadro 1).

A sumarização apresentada no Quadro 1 foi especialmente útil para introduzir a análise das questões que os participantes anunciaram como as mais relevantes para o agravamento do seu estado de saúde durante as entrevistas. Para compreender tais questões, embasando-as na análise das condições que mediaram sua emergência, foi imprescindível situá-las em meio aos contextos de vida que no decorrer das entrevistas foram sendo revelados.

Pode-se reconhecer que a consciência acerca da relação entre os eventos constituintes de uma trajetória pessoal de vulnerabilidade à internação por tuberculose não estava formada para os participantes. Ora eles ressaltavam o uso de *crack* como responsável por gerar o adoecimento, ora destacavam a situação de rua e, ainda, em outros momentos, percebiam o abandono social como a experiência que mais os prejudicava, levando-os a não primarem pelo cuidado de si.

Para apresentar uma narrativa que permeasse a intrincada relação entre os eventos citados acima e que pudesse trazer a público o processo social que sustenta a geração da vulnerabilidade, partiu-se para uma composição textual que pudesse demonstrar o caráter reprodutivo de condições que se apresentavam como ameaça à integridade dos sujeitos. Assim, ao focar a análise da situação de rua e o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, foi possível compreender a centralidade das relações sociais e a força produtiva dos conflitos nesse âmbito para a geração da vulnerabilidade em questão.

O circuito casa-rua-hospital: descontrole no uso de drogas e adoecimento por tuberculose

Quando foi iniciada a abordagem de pesquisa, inicialmente o que mais chamava a atenção era o caráter cíclico que envolvia a situação de rua e o consumo de drogas entre os participantes do estudo. A participante Raíssa, 28 anos, foi a única pessoa entrevistada que havia tido mais de uma experiência de internação. Contudo, ao adentrar no universo dos pacientes do Sanatório, constatou-se que a reinternação era fato comum para muitos deles (havia um homem de 35 anos que estava em sua décima quarta internação). Aprofundando ainda mais o conhecimento sobre

Quadro 1 – Dados sociodemográficos e de saúde dos participantes da pesquisa.

Codínomes dos participantes	Vanda	Melissa	Carina	Ingrid	Raíssa	Manuela	Mauricio	Edgar	Lauro	Abílio	Cássio	Fabiano
Idade (anos)	30	39	37	36	28	45	38	25	29	32	35	29
Cor da pele autorreferida	“muito preta”	negra	“pretinha”	branca	“café com leite”	“bugra com índia”	negra	branca	“preto”	“mestiço”	negro	branca
Procedência/Naturalidade	Porto Alegre	Cachoeirinha/Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre/Cidade do interior do estado	Porto Alegre	Porto Alegre	Gravataí/Cidade do interior do estado	Porto Alegre	Cidade do interior do estado	Gravataí/Cachoeirinha	Porto Alegre	Sapucaia/Canoas
Escolaridade	1º ano do ensino fundamental	8º ano do ensino fundamental	8º ano do ensino fundamental	ensino médio	3º ano do ensino fundamental	3º ano do ensino fundamental	3º ano do ensino fundamental	7º ano do ensino fundamental	8º do ensino fundamental	7º ano do ensino fundamental	5º ano do ensino fundamental	ensino médio incompleto
Renda	sem fonte de renda	pensionista pela morte do marido	beneficiária de auxílio-doença	sem fonte de renda	sem fonte de renda	sem fonte de renda	sem fonte de renda	sem fonte de renda	sem fonte de renda	sem fonte de renda	beneficiária de auxílio-doença	sem fonte de renda
Ocupação/Trabalho	executava tarefas domésticas em casa	“passadeira” em uma lavanderia	trabalhava no ramo da limpeza	executava tarefas domésticas em casa	trabalhava com reciclagem	guardadora de carros	trabalhava como empilhador em um depósito	trabalhava como servente de obra na construção civil	trabalhava como entregador de mercadorias	trabalhava como servente de obra na construção civil	nunca trabalhou	garçom
Situação de moradia antes da internação	estava na rua	morava na casa da mãe	morava na casa da sogra com a filha e o ex-marido	morava na casa de um amigo	estava na rua	estava em sua casa (com filhos e companheiro)	estava na rua	morava em uma casa com a mãe e irmãos	morava em uma casa com a mãe e irmão	estava na rua	estava na rua	estava na rua
Uso de álcool e outras drogas	<i>crack</i>	álcool e <i>crack</i>	<i>crack</i>	<i>crack</i> /cocaína	<i>crack</i>	álcool/cocaína	<i>crack</i>	<i>crack</i>	<i>crack</i> /cocaína	<i>crack</i> /cocaína	<i>crack</i>	<i>crack</i>
Infecção pelo HIV	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	sim

Fonte: MAFFACCIOLLI, 2015.

as trajetórias pessoais de vulnerabilidade à internação, passou-se a inferir que haveria possibilidade concreta de isso acontecer com os outros participantes da pesquisa em vista de situações que se repetiam e que levavam as pessoas a irem para a rua em condições que as tornavam vulneráveis ao agravamento do estado de saúde. A fala a seguir, destacada da entrevista com Raíssa, foi uma das mais representativas nesse sentido:



“Tudo, todos os problemas... como é que é que eu vou explicar... sempre, quando me acontece isso, eu sempre estou na rua. É raro, assim, por exemplo, eu pegar tuberculose em casa com as pessoas. Eu já ganhei alta por cura, tiveram duas vezes que eu ganhei alta por cura. Quando vê, entrei em depressão, tudo, voltei para a rua, usei os cachimbos das pessoas. Porque era raro tu me encontrar com um cachimbo meu, meu, meu mesmo, sem pedir emprestado. Daí foi aonde que eu pedi emprestado, daqui a pouco eu já estava tendo febre, já estava tendo vômito e tosse. Uma tosse assim de cachorro às vezes, que não saía nada, sabe? Daí foi aonde que eu ficava doente e minha mãe sempre mandava as pessoas irem lá me ver, foi onde que eu ia para o hospital, no hospital ficava no isolamento, aonde que eles me traziam para cá [...]” [Raíssa, 28 anos].

O cenário da rua, para as pessoas com essa experiência, era o que abarcava um modo de viver diferenciado em relação àquele que se tinha (em) casa, entendendo a casa como ambiente originário e de convivência com familiares em diversos graus de parentesco. O contato com as histórias permitiu compreender que certas sensações só podiam ser vividas na rua, posto que a casa era tida como lugar improdutivo para essas sensações emergirem. Passou a ser considerada a hipótese de que era essa a demanda mais elementar que impulsionava a busca da rua como um espaço de vida mais libertária. Raíssa, ao dizer que entrou em depressão e foi para a rua, se referia ao seu descontentamento com relação à vida que tinha em casa. Na rua não deixava de estar deprimida, mas era lá que se davam outras relações, inclusive afetivo-sexuais, e lá ela obtinha acesso às drogas, cujo efeito, momentaneamente, lhe permitia deixar de experimentar a sensação constante de tristeza.

Para ela e outros dois participantes, desde a infância, a rua era uma alternativa à vida em casa. Na rua eles podiam escolher com quem, com quantos e como viver. A violência intrafamiliar era o estopim para a saída de casa e, geralmente, era perpetrada por figura masculina (pai ou irmão). As desigualdades de gênero, representadas pela opressão masculina nas famílias, foram expressas por meio de diversas histórias de abuso sexual de mulheres quando eram crianças, de abandono e violência familiar envolvendo os parceiros e de submissão das mulheres ao sexo desprotegido, o que determinava, para elas, a transmissão do HIV em situação conjugal estável.

Os atos de violência eram tolerados até o ponto em que se tinha idade suficiente para fugir de casa e para não precisar mais se submeter a isso. Chamou atenção referências repetidas em três histórias a um tipo de agressão que expressava o poder do pai sobre os outros membros da família. Tratava-se do facão como instrumento usado em castigos corporais – o pai “batia de facão em todo mundo em casa”.

A possibilidade de viver na rua, inaugurada nessas circunstâncias, permanecia sendo uma opção à insatisfação de uma vida em casa, ao se alcançar a idade adulta. Com o passar do tempo, a violência (que não deixava de existir e que passava também a ser perpetrada entre irmãos), a insatisfação com o espaço físico exíguo e a censura da família em relação a certos comportamentos ou hábitos, sendo mais referido o uso e o tráfico de drogas, estavam entre os motivos que levavam as pessoas a buscar a rua como um horizonte de vida.

No que se refere ao compartilhamento do espaço e aos problemas que podem decorrer disso, os participantes da pesquisa relatavam que iam para a rua quando consideravam que “tinha muita gente morando na mesma casa”. O que era relativamente recorrente ser mencionado era o fato de que outras pessoas se agregavam às famílias, conforme o tempo passava. Seus filhos, cônjuges e outros membros da família passavam a dividir a casa ou o terreno em que essas se fixavam. Não havendo outra opção de moradia, a amplitude da rua é buscada como alternativa de se ter um espaço maior e de se poder escolher com quem conviver.

A experiência da rua que, geralmente para a população pesquisada, inicia na vida adulta também incluía essas questões, mas há algumas particularidades. Para alguns participantes, essas experiências começaram com a saída espontânea ou forçada de casa, ao serem colocados para fora, nas ocasiões em que os conflitos domésticos se exacerbavam. Em alguns casos, “o sumiço” era mais breve e se dava somente no transcorrer dos fins de semana. “Louquear” era o mote para a permanência na rua e a resposta a, basicamente, duas interpelações: uma delas se referia à carga emocional relacionada a acontecimentos impactantes no andar da vida (morte de filhos e de cônjuges e rompimento das relações afetivo-sexuais); a outra se referia à necessidade de ingressar em um universo que oferecia uma proposta de vida diferente daquela que tinham quando estavam em casa. Três homens disseram que, por mais que se sentissem relativamente acolhidos junto a suas famílias, era na rua que encontravam espaço para ir em busca de seus objetos de desejo e de satisfazer suas necessidades. Para eles, a sensação de liberdade era maior na rua, mas reconheciam a fugacidade dessa sensação em vista dos efeitos do uso excessivo de *crack*. Alguns participantes manifestavam seu desejo de sentir poder e representaram esse pensamento por meio de falas que se referiam ao acúmulo de grandes quantias em dinheiro, posições bem-sucedidas no mundo do crime, porte de armas de fogo e do domínio sobre muitas mulheres, as quais seriam atraídas por tal poder. A seguir, destaca-se uma dessas falas:

“[...] ter bastante droga, de ter bastante arma, aí eu comecei a querer ganhar mais dinheiro e fazer o tráfico, comecei pequeno como laranja, vendia, né, conseguia bastante dinheiro, tinha uma vida de ostentação. Bastante dinheiro, bastante mulher, daí é onde entra na tua cabeça que tu não quer sair, porque é dinheiro muito fácil, ganha muito dinheiro, muito fácil, eu agora, por último, eu tirava uma base de 300, 400 a 500 reais por noite [...] Quem não vai querer isso, esse dinheiro numa noite? [...]” [Abílio, 32 anos].

A “vida louca” fazia parte da linguagem que circulava entre os pacientes do HSP/SES/RS e era utilizada para expressar experiências como a que foi acima relatada. Foi importante abarcar seu significado porque, tanto os homens como as mulheres, ao menos uma vez em suas trajetórias, haviam tido experiências assim. O adoecimento por tuberculose não aparecia nesse universo, mas o que sobressaía era o andar a esmo por diversos lugares da cidade, não se comunicar com a família (incluindo os filhos), o envolvimento com pequenos furtos, a prostituição (mais comum entre as mulheres, mas relatada por um dos homens) e tráfico de drogas



(em pequena e grande escala). Em todas as cenas lembradas pelos participantes, o uso de drogas, como o *crack*, estava presente de forma densa. Pôde-se depreender dessas cenas que o efeito da droga catalisava a loucura da “vida louca”, a ponto de esta quase não conseguir se sustentar como vida. Ao tentar compreender o significado disso, Lauro disse que:

“[...] tu perde a noção, tu não consegue mais, como é que eu posso te explicar, tu não tá nem aí para o que tá ao teu redor, do jeito que tu tá, se tu tá cansado, se tá sujo, se tá doendo, porque o crack tira a dor, até uma dor de dente que tu tenha, tu fuma a pedra, tá perfeito, enquanto tu tiver fumando nada vai doer [...]”.

Não sentir nada – dor, frio/calor, fome, medo, tristeza, vergonha, vontade de tossir – é a experiência que vinha à memória de muitas pessoas ao pensarem sobre o que os motivava para a manutenção da frequência do uso do *crack*. Essa perspectiva ampliou a reflexão sobre a ausência de preocupação com a tuberculose e com seu respectivo tratamento nas representações da “vida louca”. Essa perspectiva permitiu lançar as características que poderiam ser utilizadas para traçar a imagem das pessoas em seus primeiros dias de internação no HSP/SES/RS. O que era marcante, nessa imagem era o emagrecimento e as lesões pelo corpo (chamava atenção as extremidades dos dedos das mãos lesionadas por queimadura), exaustão física, expressão de desesperança e dentes faltantes e/ou sépticos. A maioria das pessoas internadas no HSP/SES/RS apresentava as condições referidas acima. Para a compreensão da gênese de condições que remetiam a vulnerabilidade à internação, passou a ser importante, também, resgatar os acontecimentos que incluíam a rede de relações dessas pessoas. Nas trajetórias pessoais de quem viveu a situação de rua, o papel das relações sociais (rede familiar e de amigos) era central na definição de rumos que poderiam afastar ou aproximar as pessoas das condições de vulnerabilidade ao adoecimento ou agravamento do estado clínico.

Relações sociais: quem caminha para mim, quem caminha comigo

Logo que a imersão no campo de pesquisa foi iniciada, uma denominação utilizada com certa frequência entre os participantes da pesquisa para identificar as pessoas que desempenhavam o papel de apoiadores em suas necessidades chamou a atenção. Especialmente em vista das limitações circunscritas ao agravamento do estado de saúde, essas pessoas caminhavam por eles ou faziam “a caminhada” com eles. A metáfora do caminhar remetia a uma gama relativamente ampla de ações que incluíam interceder na relação entre usuário e serviços assistenciais para obtenção de atendimentos e recursos (assistência em saúde, benefícios sociais); providenciar bens de consumo (alimentos, aparelho de celular, roupas, calçados, produtos de higiene etc.); intermediar relações com membros da família, estar presente nos momentos de visitação durante a internação, entre outras demandas que surgiam no cotidiano. As pessoas que desempenhavam esse papel, além da equipe de referência do paciente, pertenciam à rede de relações familiares, conjugais e de amizade e que estiveram envolvidas no processo de encaminhamento à internação no HSP/SES/RS.

Aparentemente, a atribuição de papéis opostos na abordagem de necessidades e desejos estava bem delimitada. De um lado, caberia a uma das partes o apoio no sentido de providenciar o atendimento às necessidades e a satisfação de desejo. À outra parte caberia ser agraciada com o êxito nessas providências. Essa oposição de papéis mantinha-se cristalizada, não havendo, portanto, um sistema de reciprocidade de vantagens, o que parecia desgastar as relações com o passar do tempo. Por outro lado, atentando para as relações que envolviam algum grau de afetividade na convivência com as pessoas e no reconhecimento das trajetórias pessoais, percebia-se que esse aspecto da relação estava na superfície de uma sociabilidade precedida por uma história. As histórias dessas relações abarcavam apostas mútuas no outro e projetos de vida que poderiam tanto incluí-lo como excluí-lo, o que estabeleceria os rumos das relações. Ao considerar a influência disso nas trajetórias marcadas pela internação por tuberculose, passou-se a compreender que certas “caminhadas” por alguém ensejavam se tornar “caminhadas” com alguém.

Na busca por um fragmento de entrevista que melhor representasse essa linha de compreensão, foi selecionado o relato de uma pessoa que, às vésperas de ter alta hospitalar por cura, estava vivendo a experiência de se relacionar com um novo companheiro, o que lhe oportunizaria uma realidade diferente dali em diante:

“É uma experiência que está sendo muito legal assim, sabe? Porque a parte mais difícil da minha vida é sair daqui, e eu não tinha para onde ir, tu entende? De repente apareceu uma luz assim para mim, eu conheci ele. Acho que é bem importante assim, ele sair lá de (cidade onde mora) para vir conhecer uma pessoa dentro de um hospital, ele nem sabe que tipo de pessoa que eu sou. Porque na verdade ele não me conhece bem, ele me conhece através da irmã dele. Vem lá de (cidade onde mora), me conhecer, sendo que não me conhece direito. Não é qualquer um que bota alguém pra dentro de casa. Ele disse para mim que na primeira vez ele se apaixonou por mim. Ele me disse que eu sou uma pessoa muito especial, muito. Eu sou, só que eu nunca tive sorte, só isso. Porque eu nunca dei certo com os meus relacionamentos por causa da minha filha e os meus guris, eles não aceitam. Sei lá, eu até entendo que eu peguei uns caras que não valiam nada. Mas ele é um sujeito que está sendo legal comigo. Ele não bebe, a única coisa é que ele fuma cigarro e cigarro, quem é que não fuma hoje em dia? Ainda bem que ele não tem vício de droga, nada. E ele é uma pessoa reservada, ele é muito de trabalhar assim. Se tiver que trabalhar em domingo, ele trabalha. Eu também, quando trabalhava, eu trabalhava até em domingo. Para mim não tinha dia para trabalhar[...]”
[Carina, 37 anos].

No período que antecedeu a internação no HSP/SES/RS, a trajetória de Carina fora marcada por conflitos familiares que envolveram sua relação com os filhos e com ex-companheiros. Para além dos efeitos adversos dos medicamentos, a falta de harmonia na convivência familiar era a situação que mais interpelava sua determinação em realizar o tratamento para a Aids e, posteriormente, para a tuberculose. Em dado momento, ela assumiu que, por conta da



incomodação com a família, chegou a usar drogas como o *crack*. Mais recentemente, tomara a decisão de romper as relações familiares prévias e iniciar uma nova história com o irmão de uma paciente internada no hospital que era sua amiga. Ela acreditava que a mudança de rumo nas suas relações definiria uma trajetória para uma vida mais feliz e protegida das condições que outrora a vulnerabilizaram para a atual situação de saúde.

Conflitos e rupturas envolvendo relações familiares e afetivo-sexuais eram importantes elementos na constituição das condições de vulnerabilidade para a maioria dos entrevistados. Os sentimentos de frustração, contrariedade, culpa, desesperança e abandono relacionados a esses acontecimentos foram referidos como motivadores da desistência do tratamento para a Aids, tuberculose e uso de drogas.

Para três mulheres (Carina, Manuela e Estela), questões envolvendo os filhos, segundo elas, tinham importante participação na desmotivação para o tratamento de suas doenças. Cuidar mais dos filhos do que de si mesmas era um pensamento comum nos momentos em que se referiam a sua situação de saúde. As três, e a maioria das outras mulheres entrevistadas, precisaram assumir integralmente o compromisso com os filhos diante da separação ou da morte dos pais das crianças. Geralmente, o que elas definiam como *incomodação* se relacionava com o fato de precisar mediar conflitos entre atuais companheiros e filhos e responder por infrações cometidas por eles (assumir as *brincas* dos filhos, como disse Manuela).

A questão mais complexa se referia à morte dos filhos. Além de uma das mulheres entrevistadas que havia passado por essa experiência havia um ano, foi possível reconhecer uma paciente que também vivia o luto pela perda de um filho. Para as duas, o sentimento de culpa e o desejo de voltar no tempo para desfazer esse acontecimento era o que mais consumia as suas forças e as afastava da vontade de “lutar pela vida”.

Uma cena representativa dessa experiência foi apresentada por Melissa [39 anos]. As circunstâncias em que se deu a morte do filho relacionavam-se diretamente com a sua história de adoecimento, a qual era marcada pela transmissão vertical do HIV ao filho, pela descoberta tardia da Aids e pelo estigma da doença:

“[...] Levei (o filho) no médico e o médico disse que era o vírus da gripe. Levei a segunda vez, a terceira vez ele baixou. Aí ele já estava com a tuberculose. [...]. Aí o médico fez os exames nele, mandou chamar minha filha, aí ele contou para minha filha que o meu filho tinha o vírus do HIV e ele disse que provavelmente eu tinha também, e que precisava fazer o teste rápido para ver. Aí eu fiquei parada olhando para ele (médico): ‘O senhor quer dizer que eu também tenho? Meu filho está com 16 anos, faz 16 anos que eu estou com esse vírus e eu não sei?’ [...] Aí eu enlouqueci no hospital, entrei em desespero, comecei a chorar. Minha filha veio me acalmar, e eu não conseguia. Eu disse para ela: ‘Como é que eu vou dizer isso para teu irmão? Como é que uma mãe vai chegar num filho, o filho ali limpo, inocente, falar para esse filho que ele está com o vírus do HIV?’ Aí eu disse para o doutor: ‘Eu não tenho coragem de contar’. Daí ele disse: ‘Se tu não falar, eu vou ter que falar, porque eu tenho que dar o remédio para ele; é melhor tu falar aqui no hospital, se der alguma reação, ele já

está aqui'. Aí eu disse: 'Ai, meu 'Deus!'. Aí eu fui lá, conversei com ele, disse para ele: 'Filho, a mãe não tem culpa, a mãe também não sabe'. Aí ele entrou em desespero. [...] Aí ele pegou e não quis mais tomar remédio. Ele foi para a sonda para se alimentar, começou a vomitar. Começou a emagrecer mais e mais, ficou debilitado muito, muito! Aí deu parada respiratória e aí ele faleceu. [...] Depois disso fiz loucura, parei com o tratamento, queria me matar por causa dele, sinto muita falta dele.

Usando drogas e sem realizar tratamento para Aids e tuberculose, Melissa teve uma piora progressiva no seu estado de saúde e precisou da internação para empreender um tratamento que repercutisse na sua recuperação. A questão familiar, enfocando os filhos e um neto, era uma constante nas conversas com ela. A melhora no seu quadro clínico foi testemunhada durante os primeiros contatos viabilizados pela pesquisa, mas, em momentos subsequentes, ela veio a piorar, o que exigiu que se mantivesse no leito e necessitasse de procedimentos terapêuticos mais invasivos. No momento da sua melhora, ela atribuía esse estado à tentativa de reorientar a vida por outros sentidos que a ajudariam a se proteger. Assim, o que a motivava era pensar que ainda lhe restava uma filha, que estava caminhando por ela, e um neto, e que era neles que deveria pensar, pois com eles desejava voltar a conviver após a alta hospitalar.

Conclusão

Ao longo das entrevistas e da convivência com as pessoas, pôde-se apreender a densidade de acontecimentos que envolveram rupturas e conflitos familiares nas trajetórias que estavam em análise. Outras questões puderam ser exploradas e isso permitiu não cristalizar a cena “vida louca” nas trajetórias pessoais, o que iluminava a compreensão da dinâmica do cotidiano e os diferentes rumos nas relações sociais e, conseqüentemente, nas trajetórias de vida.

Nas situações de agravamento do estado de saúde era comum, portanto, haver reaproximação com pessoas que faziam parte de uma rede de relações estabelecidas anteriormente à situação de rua. Durante o tempo de tratamento, as relações são retomadas, mas a concessão para a manutenção do vínculo exige deixar para trás a “vida louca”. Nos relatos, essas pessoas eram citadas como as responsáveis por acionarem o atendimento em saúde em caso de necessidade e quando não havia a intervenção do aparelho público (ONGs e serviço de assistência social ou em saúde).

Assim, foi imprescindível para esta pesquisa compreender as experiências que envolveram rupturas em vínculos sociais e as tentativas (das pessoas) de compor e recompor vínculos ou novas formas de vinculação. As aproximações pontuais nas caminhadas feitas em prol de auxílio nos momentos de maior necessidade, por vezes, correspondiam a vínculos que se pretendiam duradouros entre pessoas que tinham como projeto *caminhar juntas* dali para frente. Quando não era essa a aposta, o ato de *caminhar* pelo outro se renovava em aproximações pontuais e eternizava relações em que um entregava para o outro a própria vida na tentativa de afastá-la das situações que mais concretamente a ameaçavam.

A recuperação ou a manutenção de laços com pessoas que ficaram para trás nas histórias de vida e a composição de novos laços, com pessoas já conhecidas ou por conhecer, passaram

a ser manifestações significativas de uma necessidade pouco explorada na problemática do atendimento em saúde dessas pessoas. A necessidade de afeto e reconhecimento permanece em um terreno subterrâneo, mas aflora na periferia das conversas espontâneas e interessadas em repercutir o que se sente e quem se é frente ao outro.

Desconstruir a imagem de si mesmo (e do outro, conseqüentemente) demonstrava ser um progresso fundamental nas aproximações e reaproximações sociais necessárias à caminhada para uma vida menos ameaçada e mais bem vivida. O contrário era a cristalização de certas condutas informadas por discursos sustentados em desigualdades de gênero nas relações entre homens e mulheres e estigmatização relacionada à Aids e ao uso do *crack*. Assim, o que se vislumbra é a reprodução de cenas flagrantes de uma vulnerabilidade pessoal constituída por histórias de opressão, discriminação, subordinação, culpabilização e complacência de quem é alvo dessas desvantagens sociais.

Para finalizar, retoma-se o quadro teórico da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos para enfatizar que a resposta programática à tuberculose poderia ser aprimorada se contemplasse as questões apresentadas nesse texto. Nesse caso, seria preciso ampliar o escopo do trabalho em saúde com parcerias intersetoriais (educação, cultura e lazer, trabalho etc.), mudanças no modelo de gestão institucional (gestão que promova o controle social e a interdisciplinaridade) e formação em serviço. Outros caminhos para trajetórias que promovam e preservem a vida da população particularmente atingida pela tuberculose poderiam ser inaugurados a partir de inovações nas iniciativas programáticas de controle da tuberculose.

Referências Bibliográficas:

ASSUNÇÃO, Cristiane G.; SEABRA, Juliana della R.; FIGUEIREDO, Rosely M. de. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 15, n. 2, p. 69-77, agosto 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá. Livro 1, p. 9-22, 2012.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JÚNIOR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro 1*. Curitiba: Juruá, 2012.

BELILOVSKY, Evgeny M. et al. Treatment interruptions among patients with tuberculosis in Russian TB hospitals. *International Journal of Infectious Diseases*, Hamilton, v. 14, n. 8, p. 698-703, aug. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: especial tuberculose**, Brasília, v. 43, mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Situação da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2013.

BRITO, R. C. et al. Drug-resistant tuberculosis in six hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 14, n. 1, p. 24-33, jan. 2010.

CECILIO, Hellen P. M. et al. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 250-255, 2013.

GONÇALVES, Berenice das D.; CAVALINI, Luciana T.; VALENTE, Joaquim G. Monitoramento epidemiológico da tuberculose em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 347-355, maio/jun. 2010.

GONÇALVES, Maria Jacirema F.; FERREIRA, Alaidistania A. Factors associated with length of hospital stay among HIV positive and HIV negative patients with tuberculosis in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 4, p. 1-7, Apr. 2013.

IKEDA, Janet M. et al. Impact of integrating HIV and TB care and treatment in a regional tuberculosis hospital in rural Guatemala. **Aids and Behavior**, New York, v. 18, n. 1, p. 96-103, 2014.

KIRENGA, Bruce J. et al. Treatment outcomes of new tuberculosis patients hospitalized in Kampala, Uganda: a prospective cohort study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 3, p. 1-10, Mar. 2014.

LINDOSO, Ana Angélica Bulcão Portela et al. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 805-812, 2008.

MAFFACCIOLLI, Rosana. **A construção social da vulnerabilidade em trajetórias de internação para tratamento da tuberculose**. 2015. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MATOS, Eliana D. et al. Prevalence of HIV Infection in Patients Hospitalized for Tuberculosis in Bahia, Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 11, n. 2, p. 208-211, abr. 2007.

OLIVEIRA, Hedi M. de M. G. et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de TB internados em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 8, p. 780-787, ago. 2009.

OLIVEIRA, Nathália F. de; GONÇALVES, Maria Jacirema F. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 507-514, mar./abr. 2013.

PERRECHI, Mirtes Cristina T.; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 783-790, nov./dez. 2011.

PAS, Helen van der; MENDELSON, Marc. High prevalence of comorbidity and need for up-referral among inpatient at a district-level hospital with specialist tuberculosis services in South Africa: the need for specialist support. **South African Medical Journal**. Cape Town, v. 101, n. 8, p. 529-532, aug. 2011.

SAN PEDRO, Alexandre; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 4, p. 294-391, apr. 2013.

SEVERO, Norma P. F. et al. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 565-571, set./out. 2007.

_____. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 565-571, set./out. 2007.

SHENJIE, Tang et al. Extensively drug-resistant tuberculosis at a tuberculosis specialist hospital in Shanghai, China: Clinical characteristics and treatment outcomes. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, Stockholm, v. 43, n. 4, p. 280-285, Apr. 2011.

STOLP, S. M. et al. Tuberculosis patients hospitalized in the Albert Schweitzer Hospital, Lambarene, Gabon: a retrospective observational study. *Clinical Microbiology and Infection*, Basel, v. 19, n. 11, p. 499-501, 2013.

VASHAKIDZE, L. et al. Prevalence and risk factors for drug resistance among hospitalized TB patients in Georgia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 13, n. 9, p. 1148-1153, sept. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis control: WHO report 2011*. Geneva, 2011.

Desafios na implantação do Plano Terapêutico Institucional no Hospital Sanatório Partenon: análises da pesquisa PPSUS

Marta Conte¹
Elisane Coutinho da Silva²
Rebeca Litvin³
Franciane Moreira Moresco⁴
Bibianna de Oliveria Pavim⁵
Luciana Barcellos Teixeira⁶

*“O saber a gente aprende com os mestres e com os livros.
A sabedoria se aprende com a vida e com os humildes.”*
Cora Coralina, 2015.

Resumo

Este capítulo discute a implantação do Plano Terapêutico Institucional (PTI), em desenvolvimento no Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS), que teve como principais objetivos a ampliação do cuidado, o que significa dizer: integrar as contribuições advindas da Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Recreação, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Nutrição e Dietética, Farmácia e da Higienização e Segurança às intervenções biomédicas, qualificando a assistência oferecida pelo hospital em direção a uma lógica de Atenção Integral, que se consubstancia em fatores de incremento à adesão ao tratamento da tuberculose e suas comorbidades. A partir do relato da pesquisa PPSUS⁷ foi possível acompanhar o PTI, localizar impasses e construir alguns avanços institucionais. A metodologia escolhida foi a pesquisa intervenção mista com abordagem quantitativa e qualificativa. Os analisadores foram criados de forma compartilhada entre os vários participantes: pacientes, familiares, servidores e coordenadores de setor. Cabe ressaltar que a análise do PTI, através do olhar da pesquisa, foi um impulso a seu processo de implantação e, ao mesmo tempo, um grande desafio pelos impasses vivenciados, próprios de uma pesquisa desenvolvida em serviço, pelas estratégias construídas no processo e pelas complexidades institucionais enfrentadas.

1 Psicóloga da Internação, coordenadora da Pesquisa PPSUS e vinculada ao Projeto Semear do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS, doutora em Psicologia Clínica/PUC/SP com tese no tema da Clínica Institucional e Toxicomanias, pós-doutora pela Fiocruz no tema da violência e suicídio.

2 Enfermeira, vinculada à Pesquisa PPSUS e ao Projeto Semear do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS, Licenciatura Plena em Enfermagem e Pós-Graduação em Administração Hospitalar.

3 Psicóloga da Internação, vinculada à Pesquisa PPSUS e ao Projeto Semear do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS, Formação Psicanalítica com Especialização em Álcool e outras Drogas.

4 Graduanda de Psicologia, bolsista de Iniciação Científica da Pesquisa PPSUS do Hospital Sanatório Partenon/SES/RS.

5 Graduada em Biomedicina. Assessora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS, contratada pela Pesquisa PPSUS/HSP/SES/RS..

6 Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenadora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS. Doutora em Epidemiologia pela UFRGS.

7 Essa pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde pela Chamada n. 002/2013, FAPERGS/MS/CNPq/SESRS – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PPSUS) e desenvolvida no Hospital Sanatório Partenon/SES/RS em 2014-2015 (CONTE, 2013). Teve parecer favorável do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública RS (ESP/RS).

Contextualização da tuberculose no Rio Grande do Sul (RS)

A tuberculose (TB) configura-se como uma das principais doenças a ser enfrentada no Brasil e no mundo. Desde 2003 o controle da tuberculose é uma das prioridades brasileiras (BRASIL, 2014), e em 2012 a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a Estratégia Global de Controle da Tuberculose pós-2015. Essa estratégia se baseia em três pilares: prevenção e atenção integral e de alta qualidade; políticas arrojadas com sistema de apoio aos pacientes; e intensificação em pesquisas e inovações (BRASIL, 2013).

Apesar de a tuberculose ter sido quase erradicada até o final dos anos 1970, no início dos anos 1980 “a sua associação com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes” passaram a representar desafios adicionais em escala mundial (BRASIL, 2011a, p. 17). Em razão disso, o Ministério da Saúde e a OMS vêm investindo em mais pesquisas, bem como em ações de educação voltadas para a prevenção desta doença e a promoção da saúde.

Considerando a grave situação em relação à tuberculose (TB) e comorbidades no RS, são grandes os desafios do Hospital Sanatório Partenon/Secretaria Estadual de Saúde/RS por ser o único hospital de referência estadual para o atendimento de TB e porque a descentralização do tratamento ainda não está plenamente consolidada. Os dados epidemiológicos no RS contabilizaram 7.063 casos em 2014, sendo 5.000 casos novos de tuberculose (44 casos por 100 mil habitantes). A incidência de TB é quase 40% maior do que a média nacional. Em solo gaúcho, a doença atinge 50 pessoas a cada 100 mil habitantes, enquanto que a taxa nacional é de 36 casos por 100 mil habitantes. Porto Alegre é capital do País no *ranking* de taxa de incidência de TB, sendo 20% a taxa de coinfeção HIV-TB, percentual que é o dobro do País. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) no RS consiste em 30% dos casos, e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atinge somente 50% da população (JARCZEWSKI et al., 2015a).

Frente a esta realidade, as metas pactuadas para indicadores prioritários pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT)⁸ são: alcançar 75% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos, em comparação aos 62,3%, em 2014; chegar a 85% de testagem anti-HIV entre casos novos, em comparação aos 77,8%, em 2014; manter em até 5% o abandono entre casos novos de tuberculose, em comparação aos 13% de janeiro a junho de 2014; passar para 60% os casos de retratamento de tuberculose, com realização da cultura de escarro, em comparação aos 34,2% em 2014, e diminuir as taxas de coinfeção TB-HIV, que atualmente é de 20% (JARCZEWSKI et al., 2015b).

Os desafios a serem enfrentados são: a baixa cobertura da Estratégia de Saúde na Família (ESF) nas áreas de altas taxas de TB; a baixa realização de TDO; a dificuldade de acesso dos pacientes aos programas de TB e à rede intersetorial nos municípios; a redução de Recursos Humanos na Atenção à Saúde e na Vigilância Epidemiológica; a falta de supervisão e de sensibilização dos gestores não técnicos; e a frágil abordagem das comorbidades e sobreposição de agravos que atingem as pessoas com tuberculose (saúde mental, álcool e outras drogas, HIV e hepatites) (JARCZEWSKI et al., 2015a).

⁸ Em acordo com as metas propostas pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

A tuberculose está associada com outras situações de vulnerabilidade social, como a exclusão social e a marginalização, as más condições de vida, como moradia precária, pessoas em situação de rua, desnutrição, baixa escolaridade, falta de qualificação profissional e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (BRASIL, 2014). Além desses aspectos, a baixa adesão se dá pelo abandono do tratamento, recrudescendo a tuberculose multirresistente. Entre os fatores de risco associados ao abandono, discutidos com os servidores, encontramos alguns que referendam a literatura nacional: desconhecimento sobre a razão da doença; falsa impressão de cura; superdimensionamento dos efeitos colaterais; uso prejudicial de álcool e outras drogas sem estratégias de redução de danos; relações impessoais e frias entre equipe e pacientes, falta de vínculo com a família, além dos acima citados.

A fragilidade da Atenção Básica e na articulação da rede de atenção à saúde e seus dispositivos sociais em relação à abordagem da TB e HIV, acaba por interferir diretamente no tratamento hospitalar oferecido, prolongando o tempo de internação por motivos sociais.

Inicialmente, a análise dos bancos de dados disponíveis no HSP/SES/RS (Serviço de Informática, Núcleo de Revisão de Prontuários, SAME⁹, Projeto SEMEAR¹⁰) e reunidos pela pesquisa PPSUS permitiu visualizar, com maior clareza, os desafios propostos por essa realidade. Com base nesses dados, foi possível identificar que as propostas terapêuticas até então adotadas não conseguiam dar conta das demandas que os pacientes apresentavam.

A elaboração de um Plano Terapêutico Institucional para o HSP/SES/RS se justificou a partir do reconhecimento, por parte dos profissionais, de uma mudança do perfil dos pacientes nos últimos anos, pela complexidade dos casos e a decorrente necessidade da reorganização do modelo de atenção, até então desenvolvido e praticado. Essa reorganização institucional, através da construção dos cinco momentos do PTI: acolhimento, acolhida, tratamento propriamente dito, preparação para alta e acompanhamento pós-alta, visa melhorar a qualidade da atenção no processo de tratamento da TB e suas comorbidades, aumentando a adesão, através da integração de setores e corresponsabilizando profissionais, pacientes e familiares na perspectiva da integralidade.

A partir desses argumentos, em meados de 2012, uma equipe multiprofissional, com o respaldo da Direção Técnica, definiu pela discussão e implantação de um Plano Terapêutico Institucional, inicialmente para a internação do HSP/SES/RS, visando a uma maior resolutividade no tratamento. Para tanto, profissionais de várias áreas e setores da instituição vêm fazendo discussões semanais para sua construção e consolidação. Em um segundo momento há a intenção de que esse Plano possa colaborar com os demais serviços do Complexo Hospital Sanatório Partenon.

Ferramentas teóricas

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), um projeto terapêutico é:

9 O Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME), assim como o Serviço de Informática e o Núcleo de Revisão de Prontuários (Departamento de Ensino de Pesquisa – DEP), foram parceiros ao disponibilizar os bancos de dados existentes, sem os quais não teríamos como desenvolver a pesquisa PPSUS no HSP/SES/RS.

10 Projeto Semear (JARCZEWSKI et al., 2013) financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido, entre 2013 e 2015, por equipe multiprofissional, visa ampliar o repertório de cuidados nos eixos da educação-saúde, trabalho e geração de renda e cultura-cidadania para a reabilitação psicossocial e ampliação da adesão ao tratamento da tuberculose colaborando com o Plano Terapêutico Institucional do Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS).

“Definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada” (p. 4).

O PTI baseou-se nessa concepção e segue as normas técnicas dos Programas Nacional e Estadual de Controle da Tuberculose, com ênfase na Política Nacional de Humanização, na integralidade, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, tendo como estratégias a Linha de Cuidado Integral, a clínica ampliada, o trabalho de equipes de referência, a concepção ampliada de adesão, a redução de danos e o Plano Terapêutico Singular.

Entende-se como “Linha de Cuidado Integral a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (FRANCO e FRANCO, 2015, p. 1). Dentro de uma instituição, para que se construam esses fluxos, é necessário que os servidores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar o tratamento e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades. Nesse sentido, é necessário organizar os processos de trabalho como chave da questão para produzir cuidado. Isto é, organizar na perspectiva das equipes o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais (FRANCO e FRANCO, 2015).

Quanto à clínica ampliada, entende-se como o acompanhamento de todas as dimensões como sujeito e não apenas com foco na doença. A partir dos conceitos da saúde coletiva, amplia-se a clínica não somente voltada ao indivíduo, mas às pessoas da rede de referências, considerando sua singularidade e o contexto social. A prática dessa clínica visa diversificar o repertório de ações para lidar com o sujeito em seu contexto sociocultural, familiar, grupal e comunitário, ampliando a adesão ao tratamento da tuberculose e suas comorbidades; construindo relações baseadas no diálogo, no compartilhamento dos conhecimentos das diferentes áreas, no vínculo e na corresponsabilização sobre a atenção ao paciente; trabalhando em equipe multiprofissional e em rede. A clínica ampliada propõe, além de curar, reabilitar e prevenir, apoiar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de andar na vida (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2015).

A Equipe de Referência é composta por profissionais de diferentes áreas que se ocupam diretamente dos pacientes internados, discutem seus Planos Terapêuticos Singulares, realizam

diversas atividades, acompanham e encaminham as demandas singulares de cada usuário, durante o período de internação (BRASIL, 2008).

O conceito de Adesão Ampliada envolve diversas estratégias e todas as etapas do tratamento, inclusive o pós-alta, não se restringindo somente ao período de internação e à ingestão da medicação em si. Pesquisas (REINERS et al., 2013) que investigam a adesão/não adesão sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam – usuários dos serviços, familiares e profissionais – trazem subsídios para a compreensão dessa problemática. Interessa-nos mobilizar recursos pessoais, articular rede para as dimensões do trabalho e geração de renda e para o acesso à educação e à qualificação profissional, entre outras. Mesmo sem um consenso, muitos profissionais do hospital se alinham com a ideia de que não há adesão sem trabalhar a autonomia da pessoa no pós-alta, para manter qualidade de vida.

Para desenvolver a autonomia no sentido da adesão pós-alta, considera-se aquilo que a pessoa tem de singular, sua história de vida, suas relações e seus modos próprios de se proteger, habitar e se relacionar no mundo. Com julgamento prévio e rótulo, como costuma acontecer em algumas abordagens, torna-se difícil o estabelecimento de vínculo e a compreensão dos desejos, das dificuldades, das necessidades e das razões que os usuários do serviço apresentam. Reconhecendo que o uso de drogas se apresenta como um fator que dificulta a adesão ao tratamento de pacientes com TB, a proposta de Redução de Danos (RD) é não colocar a abstinência como condição para o vínculo terapêutico e o acesso à saúde. Assim, essa forma de abordagem do uso de substâncias psicoativas proporciona uma mudança de visão sobre o usuário e a droga.

O princípio fundamental da lógica da RD é o respeito às possibilidades e à liberdade de escolha dos usuários que não querem ou não conseguem deixar de usar drogas, sem abdicar do cuidado de si. Podem-se utilizar estratégias que evitam ou minimizam os riscos decorrentes do uso. Essa nova visão acaba desmistificando e minimizando o preconceito que os profissionais de saúde nutrem em relação às drogas, sobretudo as ilícitas, e aqueles que as usam, facilitando uma aproximação das equipes com o universo dos usuários. Levando em conta as vulnerabilidades (orgânica, psíquica, social, entre outras), a redução de danos permite construir com cada sujeito um conjunto de ações, para além da abstinência, com metas singulares, pactuadas no Plano Terapêutico Singular (PTS). Essas propostas, que partem do usuário e da equipe, são acompanhadas e sustentadas pela equipe de referência e configuram o fio condutor para a integração das ações multiprofissionais.

O PTS busca conhecimento, percepção e definição dos problemas prioritários e demandas do paciente para alcançar os objetivos terapêuticos. As responsabilidades e o compartilhamento das ações e tarefas do PTS são trabalhados com equipes, usuários, familiares, território e rede. Com isso, busca-se permanentemente a implicação e o protagonismo do paciente em relação ao seu tratamento. A avaliação das ações e o redirecionamento do PTS, sempre que necessário, são feitos pela equipe de referência junto com o paciente.

Winnicott (1975) caracteriza espaço potencial como o lugar onde se dá o processo de emergência do mundo interno (psíquico) e o do mundo externo (real) do sujeito. As atividades ao longo do tratamento não se limitam aos fins terapêuticos propriamente ditos, mas se oferecem

como condições favoráveis ao desenvolvimento psicossocial e de cidadania. Por isso, a inventividade, a brincadeira, a livre expressão das ideias, os jogos (com ou sem regras), a reencenação dos dramas da vida diária de forma lúdica e as possibilidades de sonhar, são recursos fundamentais para que o ambiente de tratamento se torne terapêutico, em um sentido mais amplo.

Tendo em vista a vulnerabilidade social e psíquica da população que o HSP/SES/RS atende, cabe refletir sobre a questão dos limites e de uma abordagem produtiva pelas equipes multiprofissionais em relação a situações críticas. Levando em consideração as sérias restrições de vida, tanto em relação ao acesso material a condições dignas de sobrevivência quanto ao suporte muitas vezes inexistentes de referências familiares, Rodolfo (2010) diz que só limites não bastam, é necessário construir bordas simbólicas de dentro para fora com o auxílio e o apoio dos profissionais, estabelecendo novas referências no sentido da retomada de um novo percurso, onde o desejo pela vida se faça presente. Nessa direção, sustenta-se a meta de ampliar as estratégias de adesão à vida durante o tratamento.

Para isso, além de buscar a construção de limites simbólicos a partir do reconhecimento das regras e combinações da internação, promove-se e estimula-se, nas diferentes atividades propostas pelo PTI, a criação de possibilidades e de construções ficcionais, como forma e voltar a sonhar e de se autorizar a desejar algo que possa parecer muito distante ou quase impossível. Isso porque, na noção de espaço potencialmente terapêutico, o essencial da experiência reside não na capacidade de saber ou dominar uma “verdade” ou uma realidade, ou ainda chegar a alguma certeza, mas reside na capacidade de se iludir (LUZ, 2015) e, assim, retomar diferentes vias de engajamento à vida, minimizando as impossibilidades. Nesse sentido, é importante buscar um Plano Terapêutico Institucional que viabilize essas vias, através da construção de alguns consensos (filosofia institucional) que possam orientar a vida comunitária, as escolhas, as decisões, os fluxos, os apoios e as práticas desenvolvidas no HSP/SES/RS, sem com isso limitar as condições para que os pacientes lutem por seus sonhos.

Entre os problemas que justificam a implantação de um PTI a partir de 2013, situamos: a baixa adesão, a fragmentação nos processos de trabalho, a dificuldade em abordar as comorbidades, especialmente o uso de álcool e outras drogas, e a fragilidade no vínculo com a rede intersetorial (abrigo, albergues, educação, saúde, trabalho e geração de renda, qualificação profissional, entre outros).

A escolha pelo PTI demonstra a problematização desse contexto e a busca por formas mais resolutivas de atenção integral e humanizada. Para essas mudanças, a pesquisa PPSUS (2014-2015) tem colaborado com a análise dos obstáculos, com o acompanhamento (BRASIL, 2011b) e a sustentabilidade institucional, itens necessários ao plano.

Caminhos metodológicos

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa é de caráter misto, com um componente quantitativo e outro qualitativo. O componente quantitativo foi delineado a partir de um estudo observacional de série histórica. Para o componente qualitativo foi escolhida a metodologia interventiva, formativa e participativa. Também utiliza como apoio a análise institucional. Cabe

ressaltar que as pesquisas participativas surgem como um movimento frente às pesquisas científicas tradicionais, trazendo pressupostos vinculados à problematização das relações entre o investigador e o que é investigado, entre sujeito e objeto, teoria e prática, com a perspectiva do estabelecimento de condições para captação/elaboração da informação no cotidiano das culturas, grupos, organizações populares e instituições. Isso significa que as práticas que organizam o social/institucional e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente, uma vez que o conhecimento e a ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa, de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo (CANESQUI, 1995).

Os objetivos específicos da pesquisa são: (a) caracterizar o perfil sociodemográfico e psicossocial dos pacientes em tratamento para tuberculose; (b) conhecer as principais comorbidades dos pacientes em tratamento para tuberculose e o perfil das altas hospitalares, inferindo sobre fatores de adesão ao tratamento; (c) descrever e analisar as estratégias construídas ao longo da implantação das diferentes etapas do PTI; (d) identificar potencialidades e dificuldades na implantação do PTI, desenvolvendo intervenções de acordo com as demandas encontradas.

No componente quantitativo, as informações para a composição do banco de dados foram coletadas nos prontuários (folha 07 de Identificação e Registro do paciente no momento da baixa e boletim de alta), no registro dos grupos focais e nos grupos de trabalho (GT)¹¹ do PTI, no Serviço de Informática, no Núcleo de Revisão de Prontuários e no SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico). Assim, formou-se um banco de dados com cadastros de todos os pacientes atendidos no HSP/SES/RS em 2012 e 2103 com os registros das respectivas atividades realizadas por estes pacientes. Das atividades já implantadas ou em implantação acompanhadas por esta pesquisa, citam-se: assembleia dos pacientes; acolhimento; acolhida; *rounds*; grupos terapêuticos, oficinas de educação e saúde, de educação popular, de alfabetização, de artesanato, de trabalho e geração de renda, de gastronomia, de beleza, de costura e customização, de escultura em madeira, saraus culturais (arte, música, dança, cinema, teatro, literatura, entre outros temas), atividades esportivas (futebol, voleibol, bocha, caminhada), festas e gincanas.

No componente qualitativo da pesquisa, houve uma disposição para que fossem situados temas e dilemas do cotidiano da instituição que pudessem ser abordados de forma interventiva, através da educação permanente, visando à qualificação dos processos de trabalho. Sendo assim, a metodologia se desenvolvia no estilo das pesquisas formativas. Cabe ressaltar que o conhecimento e a ação sobre a realidade foram se constituindo no curso da pesquisa, de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo, formando assim o caráter participativo da pesquisa (CANESQUI, 1995). Utilizamos Rodas de Conversa como estratégia de aproximação com os participantes e para a construção comparti-

¹¹ GT do PTI é composto pelos seguintes setores: psicologia, medicina, serviço social, farmácia, recreação, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição-dietética, fisioterapia, Núcleo de Revisão de Prontuários e o Serviço de Atenção Terapêutica (SAT). Este último esteve presente na assessoria deste GT durante mais de um ano. Algumas vezes, estiveram presentes setores que fazem parte do Complexo HSP/SES/RS, visando à integração, tal como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Centro de Aplicação e Monitoração de Medicamentos Injetáveis (CAMMI/HSP/SES/RS) e o Ambulatório de Tisiologia.

lhada de indicadores com servidores, pacientes e familiares. Foram incluídos os coordenadores dos setores por considerar-se estratégico e para dar maior amplitude à pesquisa.

Para o componente qualitativo, na consulta para “colheita” de dados utilizaram-se as mesmas fontes, anteriormente citadas, além das entrevistas semiestruturadas, das atas das reuniões do grupo de trabalho do PTI e da observação participante (diário de campo).

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher” (Cora Coralina, 2015).

Ao elaborar o projeto de pesquisa, o grupo de pesquisadores buscava uma proposta que pudesse contribuir com o momento institucional, por isso decidiu por um tipo de pesquisa-intervenção que favorecesse a implantação do PTI, analisando potencialidades e dificuldades e criando estratégias resolutivas para os impasses encontrados no caminhar da pesquisa. Antecipou-se que a superposição de lugares de pesquisador na instituição, com o lugar de servidor participante do PTI, poderia trazer alguns entraves para a capacidade de análise necessária à função de pesquisador. Por conta disso, buscou-se assessoria externa, junto à Escola de Apoiadores da Escola de Saúde Pública (SES/RS), espaço que foi muito importante para se refletir sobre o processo da pesquisa e buscar “oxigenação” para vislumbrar dificuldades e potencialidades durante o processo.

Alguns resultados da pesquisa

Descrição do início da série histórica

No ano de 2012, foram acompanhadas 283 internações de pacientes; dentre essas internações havia pacientes com variação de uma até cinco internações, sendo a maioria casos de somente uma internação (80,4%) naquele ano. Quanto ao perfil sociodemográfico, 191 internações foram de homens (67,5%), 182 foram de pacientes que se autodeclararam de cor branca (63,6%) e 196 informaram possuir o primeiro grau incompleto (70%), sendo que a escolaridade variou de analfabetos até pessoas com curso superior. A idade média foi de $39,9 \pm 11,6$ anos. Quanto à procedência, 171 casos eram de Porto Alegre (60,4%), 62 da região metropolitana (21,9%) e 50 haviam vindo do interior do estado (17,7%) (TEIXEIRA, PAVIM, 2015).

No ano de 2013, foram acompanhadas 246 internações de pacientes; dentre essas internações havia pacientes com variação de uma até três internações nesse ano, sendo a maioria casos de somente uma internação (76,4%). Quanto ao perfil sociodemográfico, 175 internações foram de homens (71,1%), 160 foram de pacientes que se autodeclararam de cor branca (65%) e 196 informaram possuir o primeiro grau incompleto (80,1%), sendo que a escolaridade variou de analfabetos até pessoas com curso superior. A idade média foi de $41,4 \pm 11,3$ anos. Quanto à procedência, 136 casos eram de Porto Alegre (55,7%), 47 da região metropolitana (19,1%) e 36 eram oriundos do interior do estado (25,6%) (TEIXEIRA, PAVIM, 2015).

Os resultados sobre alta hospitalar serão apresentados em análise da implantação do PTI mais adiante.

A construção compartilhada de analisadores: uma leitura do contexto institucional

A construção de analisadores da pesquisa tentou contemplar os diferentes pontos de vista dos participantes da pesquisa através da metodologia rodas de conversa. Os principais analisadores que emergiram foram: os momentos do PTI, adesão, uso abusivo de substâncias psicoativas, relações interpessoais, processos de trabalho, educação permanente e integração de áreas.

Quanto aos momentos do PTI, ressaltou-se a leitura do contexto institucional que justificou sua implantação e a necessidade de construir as etapas passo a passo. Havia, na abordagem ao paciente, uma ênfase na TB, com manejo pouco eficiente das comorbidades, tal como o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, HIV/Aids//HCV e as necessidades advindas da realidade de vulnerabilidade social dos pacientes, aspectos que interferem diretamente na adesão ao tratamento. Outro aspecto vivenciado era a fragilidade na integralidade do cuidado, com ações fragmentadas e setorializadas e superposição de algumas atividades com objetivos semelhantes. Também era evidente a questão da “privatização” na relação com o (meu) paciente em contraposição com a perspectiva de cada paciente ter uma equipe de referência. O diálogo não era permanente entre equipes, nem entre equipes e pacientes e, muito menos, entre profissionais e a rede intersetorial. A falta de monitoramento e avaliação das ações, bem como a ausência de contrato único sobre regras e combinações pactuadas entre servidores, funcionários terceirizados e pacientes e a falta de “Cuidado com os Cuidadores” foram situações encontradas no cotidiano do trabalho. A assembleia dos pacientes, importante atividade consolidada na internação, passou por uma proposta de ampliação quanto a seus propósitos e quanto à coordenação rotativa, para um maior engajamento dos vários setores.

No que se refere à adesão e à dificuldade de torná-la mais efetiva, alguns fatores citados na literatura coincidem com o que encontramos na realidade hospitalar, tal como: consumo prejudicial de álcool e outras drogas, desemprego, baixa escolaridade, quadros psiquiátricos graves, rompimento de vínculos familiares, tratamento ainda muito centrado em uma única opção terapêutica (abstinência, por exemplo, para quem diz que quer parar com o consumo de álcool e outras drogas) e fragilidade da rede. O tempo de tratamento se apresenta como um obstáculo para a adesão, pois essa população, por questões sociais, permanece mais tempo do que necessário no hospital e, muito frequentemente, não se consegue organizar a rede, tanto quanto as pessoas precisam, tal como rede de apoio, condições de habitação, sustentabilidade econômica, estratégias de redução de danos e de proteção no pós-alta. Isso, muitas vezes, gera situações de reinternações e exige um conjunto de atividades para colaborar com o processo de tratamento, tendo em vista as diferentes necessidades e singularidades dos pacientes. Precisa-se considerar, também na atenção, que um percentual significativo dessa população apresenta sérias limitações cognitivas, neurológicas e de habilidades sociais, decorrentes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas e da vivência em contextos de violência, dificultando a adesão.

Quanto à questão do uso abusivo de substâncias psicoativas, surgiu entre os servidores uma pergunta: “Se em instituições especializadas no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas os resultados de eficácia são baixos, como nós poderíamos fazer diferente?”. Esse tema,

principal comorbidade no tratamento da TB, apresentou-se como o principal desafio para a atenção, que precisa ser enfrentado para não gerar mais vulnerabilidade e desamparo social.

No que tange às relações interpessoais no campo do trabalho, constatou-se resistência à mudança e acomodação em algumas rotinas, tanto entre profissionais quanto na relação das equipes com os pacientes e familiares. Isso dificultava a escuta e o manejo de diferentes situações do cotidiano institucional. Muitas vezes, antes de uma situação de crise, tornava-se difícil identificar sinais e sintomas nos pacientes relacionados com sofrimento, conflitos interpessoais, problemas a serem resolvidos fora do hospital, fissura por drogas, sentimento de vazio, abandono e desamparo, falta de visitas, entre outros. Assim, também, passavam despercebidos e inaudíveis os sinais que o próprio profissional apresentava ligado a tensões, dilemas, sofrimentos e conflitos que ocorrem nas relações de trabalho. Isso remete ao adoecimento em função do trabalho e a necessidade de acolhimento dessas questões. Em algumas situações foram identificados “maus-tratos”, tanto associados à estrutura física precária quanto às condições de trabalho (riscos físicos e biológicos) e às relações entre servidores. Esses pontos endereçavam diferentes demandas à Saúde do Servidor.

Neste sentido, nos processos de trabalho, observou-se que há resistências à implantação de um modelo de atenção interdisciplinar, porque este exige mais trabalho conjunto e se faz necessário compor agendas para dar conta, tanto do trabalho específico de núcleo profissional quanto das atividades articuladas entre áreas, próprias do PTI. Além disso, verificou-se, por vezes, que há duplicidade de ações e de procedimentos (ex.: solicitações de exames repetidas). A comunicação que ocorre através da evolução no prontuário tem sido imprescindível, pois estabelece um diálogo entre equipes, além de socializar informações para o acompanhamento dos PTS. As abordagens como acolhimento e PTS, que dependem da reunião da equipe de referência, retardam a serem agendadas, dando ideia que uns ficam esperando pelos outros, sem que haja uma fluidez nesse processo. E, quando ocorrem, resultam em satisfação entre os profissionais e pacientes. Há, ainda, várias situações cotidianas que resultam na baixa resolutividade da atenção oferecida e na baixa adesão ao tratamento da TB, para citar: situação de baixas judiciais, falta de profissionais de áreas diversas que desenvolvam atividades de entretenimento (em fins de semana), dificuldade de manejo das crises, entre outras.

A integração proposta no PTI deve abranger, além dos processos e dos fluxos, a integração dos bancos de dados. Há diferentes bancos em diversos setores do hospital que não dialogam entre si, impedindo o acesso e o compartilhamento dos dados, na perspectiva institucional, visando ao monitoramento e à avaliação, bem como o direcionamento de metas para a gestão. Assim, essa pesquisa buscou estabelecer uma ponte entre os dados referentes à baixa e à alta hospitalares, fazendo análise de um conjunto de aspectos, tais como: proveniência do paciente, tipo de TB, relação com álcool e outras drogas, apoio da rede, situação de rua, participação em atividades do PTI, entre outros. Por outro lado, observou-se nos prontuários a falta de padronização de conceitos, e, nesse sentido, um exemplo bem importante são os referentes ao tipo de alta (abandono e a pedido). Como não há um consenso na maneira de interpretar o processo de alta, têm-se produzido distorções nos registros quanto aos tipos de alta.

E, ainda, há uma defasagem no registro dos prontuários referente à participação dos pacientes em atividades terapêuticas e outras, deixando de informar e dar valor às atividades ofertadas e a possibilidade de análise da influência dessas no tratamento. Há situações em que algumas informações importantes dos pacientes ficaram fora do prontuário, impedindo o compartilhamento de informações para o planejamento de ações de cuidado.

Cabe situar que se conseguiu reunir, nesta pesquisa, fortes indicativos de que, quanto maior a participação e o engajamento dos pacientes em atividades terapêuticas e outras (culturais/trabalho-renda/esportivas/festivas), maior a adesão ao tratamento e menores as altas contra a iniciativa médica. No entanto, nesta seção, não se pôde trabalhar este aspecto, porque está em processo de análise.

Análise da implantação do PTI

Entre os vários temas trabalhados nos encontros semanais do Grupo de Trabalho do PTI, de março de 2013 a julho de 2015, conceituou-se e descreveu-se o funcionamento de cinco momentos do PTI: acolhimento, acolhida, tratamento propriamente dito, preparação para alta e acompanhamento pós-alta, conforme segue. Para isso, foram utilizadas discussões de situações práticas, leituras com referencial teórico sobre o tema em questão e relatos de experiências de outras instituições.

Acolhimento

O acolhimento é o ato de recepção e deve acontecer logo após a baixa do paciente. É o momento em que ele fala e a equipe escuta sua história de vida, suas queixas, suas dificuldades cotidianas e aquelas encontradas na adesão a tratamentos anteriores, suas angústias, receios e perspectivas. É um espaço que propicia o início de um estabelecimento da confiança mútua e do vínculo entre profissionais da equipe de referência e o usuário. O conceito de acolhimentos foi baseado no Humaniza SUS (BRASIL, 2008). Para preparar a equipe com informações necessárias, é feita a leitura prévia do prontuário do paciente (história clínica pregressa, internações anteriores, vínculos com serviços de saúde, noção de como contraiu a TB). O acolhimento acontece em sala de atendimento individual com, no mínimo, dois profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe de referência para aquele paciente. O prazo previsto para a realização dessa entrevista é de até 72 horas após a internação.

Após o acolhimento, há uma discussão entre os profissionais, com a indicação de ações/atividades que passam a orientar o PTS e o registro sucinto dessas informações.

Acolhida (Grupal)

A Acolhida acontece em grupo, onde diversos profissionais disponibilizam informações e explicam o funcionamento organizacional da instituição, aos novos pacientes com a descrição dos diversos setores, funções e rotinas. Um profissional apresenta o guia de orientações e as

normas do hospital; direitos e deveres dos pacientes e a importância deste para o andamento do processo terapêutico, para a adesão ao tratamento e para a qualidade da convivência entre todos, profissionais, pacientes e familiares.

Os grupos ocorrem quinzenalmente e são coordenados por ao menos dois profissionais do hospital. Participam desse encontro pacientes novos que são acolhidos pelos demais, juntamente com dois pacientes que estão internados há mais tempo, que dão depoimento sobre sua experiência pessoal na internação, e relatam as atividades terapêuticas que se desenvolvem ao longo do percurso e as experiências de troca e convívio no processo terapêutico. O objetivo é de proporcionar condições para um processo de tratamento qualificado.

Tratamento propriamente dito

O tratamento propriamente dito tem como fio condutor as indicações que constam no PTS, com envolvimento da equipe multiprofissional e a inclusão do paciente em atividades diversificadas com fins terapêuticos. Pressupõe a discussão por parte da equipe de referência e, frequentemente, com a participação do paciente, para a escolha de ações/atividades das várias áreas e abordagens multiprofissionais que visam à atenção integral, ao desenvolvimento da autonomia, ao protagonismo e à corresponsabilização do usuário, familiar e equipe no tratamento.

Para compor as atividades oferecidas, foi solicitado que cada setor apresentasse suas funções, visando à integração das ações e a resposta às demandas peculiares da população internada. Às vezes, discussões de planejamento ocorreram nos *rounds* (momento em que as equipes se reúnem para discussão de casos, de rotinas, uma vez por semana), outras vezes, ainda, ocorreram no Grupo de Trabalho do Plano Terapêutico Institucional ou, mesmo, entre uma e outra atividade, na informalidade dos corredores. Para efetivamente integrar um trabalho entre equipes, tornou-se estratégico convidar, além dos servidores de nível superior, os servidores de nível médio, para a discussão de casos compartilhando a visão das equipes de referência de cada paciente com os demais.

O planejamento integrado de ações e a avaliação das mesmas têm exigido um tempo específico e, nesse sentido, foi indicado, para ao menos uma vez por mês, que os *rounds* interdisciplinares sejam mistos, isto é, reúnam profissionais das alas masculina, feminina e unidade de cuidados especiais (UCE).

Preparação para alta

A preparação para a alta abrange providenciar formas de seguimento tanto do tratamento voltado à tuberculose quanto das demandas resultantes da atenção às comorbidades. Envolve o vínculo com a rede de saúde e assistência, rede social (formal e informal), o encaminhamento de documentação de toda natureza (INSS, título eleitoral, registros, prova de vida para aposentadoria, abertura de conta para fins de benefício da LOAS etc.) e as alternativas de geração de trabalho e renda.

Esse momento consiste no levantamento de demandas, necessidades e estratégias a serem pensadas para o plano de alta, do qual participam a equipe de referência, o próprio paciente e,

algumas vezes, familiares e pessoas da rede social. Prioriza-se a articulação com a rede interseccional (atenção básica, dispositivos de saúde mental, abrigo, benefício INSS, trabalho e renda, entre outras); contatos com pessoas de referência da rede social de apoio e de proteção. A abordagem de alta deve ser feita com ao menos três profissionais de diferentes áreas, envolvendo a vinculação à rede, disponibilização do medicamento, organização da vida diária, administração do benefício a partir de prioridades de vida, mapeamento de riscos e estratégias de cuidado e pactuação do retorno para o acompanhamento do vínculo do paciente à rede.

Acompanhamento pós-alta

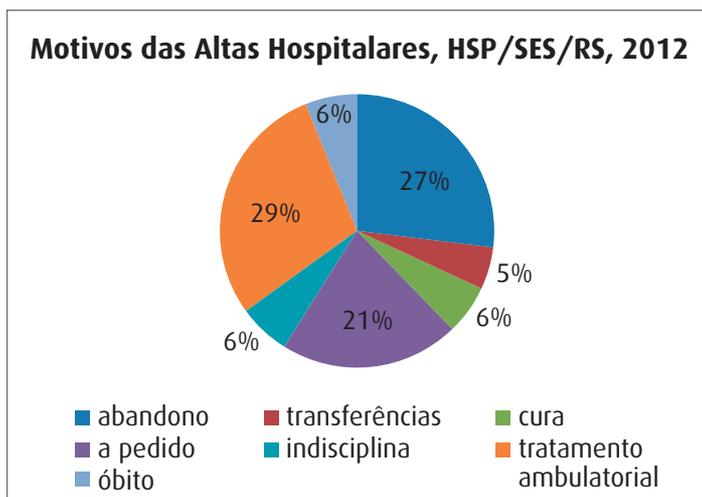
A equipe de referência do paciente coloca-se disponível para acompanhar o paciente até que os novos vínculos estejam estabelecidos na rede interseccional e no território. Esse momento abrange também o acompanhamento da organização da vida diária, verificando a resolutividade/viabilidade do cuidado às demandas identificadas durante o período de tratamento hospitalar.

O acompanhamento pós-alta deve acontecer nos primeiros 30 dias, no qual se recebe a informação sobre a frequência dos pacientes às Unidades Básicas e em demais dispositivos da rede (atenção básica, Consultório de Rua e redução de danos, dispositivos de saúde mental, abrigo, habitação, benefício ou auxílio/INSS, trabalho e geração de renda, entre outros). Quando o paciente chega aos serviços referenciados, a busca ativa será realizada somente nas unidades onde há Estratégia de Saúde da Família (ESF).

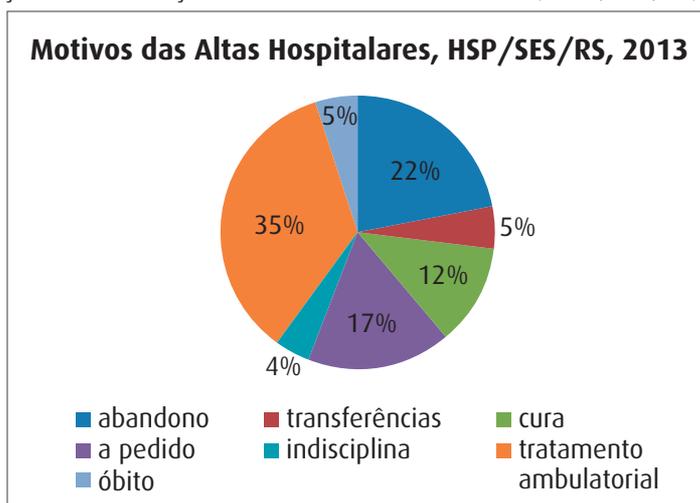
Sobre o impacto do PTI no motivo das altas

A pesquisa do PPSUS (TEIXEIRA, PAVIM, 2015) tem buscado integrar banco de dados e analisá-los, conforme segue abaixo:

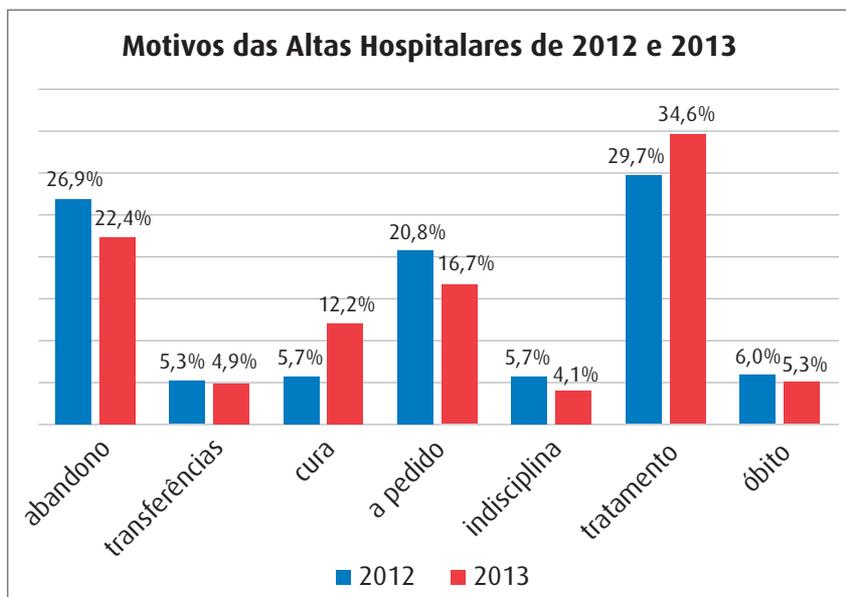
Quadro 1 – Descrição das internações conforme motivo das altas, HSP/SES/RS, Porto Alegre, 2012.



Quadro 2 – Descrição das internações conforme motivos das altas, HSP/SES/RS, Porto Alegre, 2013.



Quadro 3 – Comparativo das internações conforme motivos de altas do HSP/SES/RS, nos anos de 2012 e 2013.



Quadro 4 – Comparativo por motivos das altas (por iniciativa médica e contra iniciativa médica) do HSP/SES/RS, nos anos de 2012 e 2013.

Motivo da Alta Hospitalar – 2012	Motivo da Alta Hospitalar – 2013
Por iniciativa médica – 41%	Por iniciativa médica – 51,7%
Contra iniciativa médica – 53%	Contra iniciativa médica – 43,3%
Óbito – 6%	Óbito – 5%
Total de altas – 283	Total de altas – 246

Os quadros 1 e 2 apresentam a descrição das internações conforme motivos das altas, nos anos de 2012 e 2013. O quadro 3 apresenta comparações de motivos das altas, entre os respectivos anos.

Os resultados evidenciam mudanças no perfil das altas hospitalares. Observa-se diminuição no percentual de situações de abandono, altas a pedido e altas por indisciplina. Destaca-se o percentual de altas por cura, com crescimento substancial de 6% para 12%. Uma das hipóteses explicativas é justamente a implantação do PTI nesse mesmo período, planejado para interferir positivamente sobre a internação e que pode estar, conseqüentemente, influenciando os motivos de alta hospitalar. Esses dados refletem nas altas a favor da iniciativa médica, que aumentaram de 41% para 51,7%, conforme evidenciado no quadro 4. Os motivos de alta são dois: por iniciativa médica e contra a iniciativa médica. Nas altas por iniciativa médica incluem-se as que resultam da cura pelo tratamento, por motivo de transferência, por agravamento do quadro de saúde do paciente ou mudança de diagnóstico, para outros hospitais ou ainda para seguir tratamento ambulatorial. As altas contra iniciativa médica abrangem as altas a pedido do paciente, quando o paciente se nega a permanecer no hospital, assina um termo de compromisso e se responsabiliza por sua saúde; por indisciplina (quando há o rompimento das regras e combinações da internação) e por abandono (quando o paciente sai do hospital sem assinar nenhum documento).

Sobre o impacto do PTI na interdisciplinaridade

Com a aproximação entre as diferentes áreas tem sido possível, a partir do olhar e da disponibilidade de cada área profissional, buscar a ampliação do repertório de cuidado, a aprendizagem mútua e o trabalho qualificado em equipe. A atenção em relação à administração da medicação não é negligenciada, uma vez que são acolhidos o sofrimento psíquico e as necessidades que cada paciente porta, pela escuta dos obstáculos que o paciente encontra ao ter que se ocupar da ingestão de muita medicação. Para diferentes assuntos da vida entre os pacientes, o protagonismo na colaboração entre eles é estimulado para resolução de conflitos e enfrentamento de resistências e medos que interferem no processo terapêutico, como bem propõem os princípios do trabalho em saúde coletiva (MEHRY, 2015).

A aproximação entre as diferentes áreas fez com que alguns profissionais que incorporaram o PTI transmitissem para seus colegas a importância das ações e dos dispositivos, irradiando este sentimento também aos pacientes. Isso aconteceu através das discussões de casos e na execução dos momentos do PTI em conjunto (como no acolhimento, na acolhida, nas atividades terapêuticas, na preparação para alta e no pós-alta). Percebeu-se que os profissionais prestigiavam as atividades do tratamento propriamente dito, e com isso eram permeados por outros pontos de vista sobre os pacientes, levando-os a valorizar o trabalho interdisciplinar. E quando essas atividades, por diferentes razões, não aconteciam, havia um movimento entre os profissionais de retomada das mesmas, uma vez que elas passaram a ocupar um significado terapêutico no processo de tratamento. Esse lugar das atividades tem sido reforçado pelas demandas que vêm dos pacientes, os quais solicitam a sua manutenção, sua diversificação, além de atividades nos fins de semanas e feriados.

Ao analisar a implantação do PTI, ressalta-se a importância da humanização do atendimento, tanto de quem atende como de quem é atendido, sensível às necessidades e condições dos pacientes e seus familiares, para que se torne viável permanecer em tratamento o tempo necessário, definido pela equipe de referência. Por outro lado, esta perspectiva está sensível às condições de trabalho de todos os segmentos da instituição, servidores, terceirizados, coordenações e direções. Isto porque um dos importantes fatores para qualidade da atenção depende do bem estar das equipes multiprofissionais.

Ao analisar o trabalho interdisciplinar em prática na implantação do acolhimento, os profissionais referem que *“é um momento em que se procura entender as demandas do paciente e, quando possível, realizam-se os devidos encaminhamentos e pactua-se o acompanhamento dos vários profissionais, durante a internação”* (profissional do serviço social).

No acolhimento, segundo os profissionais, *“tem sido priorizada a fala livre do paciente, uma escuta sensível, que facilita o conhecimento de potencialidades e limitações e o planejamento de acompanhamento do PTS durante a internação pela equipe de referência”* (profissional da psicologia). Quando o paciente é perguntado sobre como vivenciou o acolhimento, é muito frequente que diga *“me senti muito bem, pude falar o que sinto, me senti respeitado. Eu não imaginava que fosse assim o tratamento (ao referir-se a um hospital público)”*. Esses comentários são frequentes, e os pacientes tomam como referência para a avaliação positiva do hospital o trabalho das várias áreas (enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, medicina, terapia ocupacional e higienização).

Além das sequelas provenientes das patologias tratadas durante a internação, foram observadas outras consequências em razão da longa permanência no ambiente hospitalar (média de seis meses), agravadas pelo impedimento de saída dos pacientes hospitalizados durante o período da internação. Dentre elas, constata-se a fissura por álcool e drogas, a privação de hábitos cotidianos, de convívio social e familiar.

As equipes que se perguntam sobre o que poderiam fazer em relação ao consumo de álcool e outras drogas, a resposta construída foi no sentido de buscar experiências de outras instituições para compreender a complexidade dessa temática e construir abordagens que fossem resolutivas para a população vulnerável atendida no hospital. Ratificou-se a importância de qualificar os profissionais e assim aprimorar a relação com os usuários e ampliar o cuidado, incluindo a diretriz de trabalho da Redução de Danos, como forma de ampliar a adesão (OBID, 2013), para além do objetivo da abstinência. Isso porque os objetivos do tratamento não podem ficar restritos à abstinência, já que a recaída no consumo de álcool e outras drogas faz parte do processo de qualquer tratamento, e esta situação se repete nas trajetórias de vida dos pacientes.

Associar-se à RD, como diretriz de trabalho, não significa que a instituição autorize o acesso ao consumo de álcool e outras drogas durante a internação. O esforço das equipes vai no sentido de ampliar o repertório de cuidados tendo como fio condutor o PTS. Boa parte do tempo do tratamento, equipes e paciente se ocupam da tarefa de inventar estratégias singulares de cuidados. Quando é possível para a equipe falar do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, aí as estratégias são dirigidas à redução de danos e mais facilmente construídas em conjunto com rede familiar e social ao longo de todo tratamento. A intenção é que o paciente consiga ressignificar sua relação

com as substâncias psicoativas, a partir do trabalho sobre a autoestima, e, assim, estabelecer possibilidades de autocuidado que lhe proporcionem mais saúde e mais proteção.

Por vezes, o espaço do tratamento transforma-se em cenário de conflitos entre os pacientes, familiares, servidores e funcionários terceirizados, acarretando dificuldade de manejo, resultando, muitas vezes, em “alta contra iniciativa médica”, ou “alta por indisciplina”. Cada vez com maior agilidade (pela leitura institucional), as equipes multiprofissionais buscam administrar tais situações para evitar desfechos indesejados, tais como o abandono e a consequente não adesão ao tratamento. Nesse sentido, o PTS têm sido um dispositivo importante para criar condições para um bom percurso, permanência dos pacientes em tratamento e na preparação para a alta com a articulação de rede necessária. O PTS tem se caracterizado por discussões de caso em espaços não consolidados ou formalmente agendados e, dessa forma, pode-se constatar que esta prática tem se estendido para acompanhamento qualificado de um maior número de pacientes.

Os profissionais do hospital concordam que entre os obstáculos para o processo de alta situam-se a dificuldade de acesso aos serviços da rede, de acesso ao trabalho e à qualificação profissional, o que inviabiliza o acesso a fontes de sustentabilidade econômica e, muitas vezes, amplia o tempo de internação. Referendam o que muitos autores (BRASIL, 2011a; BERGEL e GOUVEIA, 2005; REINERS et al., 2013) indicam quanto ao fato de que esses aspectos colaboram com a falência dos esquemas terapêuticos, especialmente em relação a modelos de atenção que não incluem, na preparação para alta, a construção da autonomia possível para o exercício do autocuidado pós-alta.

Frente às resistências vivenciadas entre os profissionais pela proposta de mudanças, seja por medo ou acomodação ou, ainda, por sentimentos de desvalorização e de sobrecarga de trabalho, buscou-se entender o que desencadeavam essas resistências para desconstruí-las. Quando as mudanças eram propostas, é como se o servidor se sentisse desconsiderado pelo que vinha fazendo até então, e entendia que tudo precisava ser mudado, sentindo-se não reconhecido pelo esforço cotidiano envolvido no trabalho. Nessa perspectiva, o GT do PTI passou a ter cuidado em valorizar o que já vinha sendo feito, as potencialidades de cada servidor, e buscou na proposição dos próprios participantes os argumentos sobre o que e por que mudar. Assim, os participantes do PTI puderam ressignificar suas práticas e qualificá-las em conjunto com os colegas. Por outro lado, não raro, alguns conflitos e disputas entre profissionais/setores/grupos resultaram em prejuízos aos próprios pacientes. Esses pontos nevrálgicos da instituição foram sistematicamente colocados em análise, inclusive no GT do PTI, o que não impede que, volta e meia, eles ressurgam. Algumas polarizações quanto ao PTI persistem, alguns são contra e outros a favor, o que leva à dificuldade do desenvolvimento de um trabalho mais colaborativo, reflexivo e com responsabilidades compartilhadas.

Pode-se evidenciar que a aproximação entre os diversos setores, oportunizada pela proposta do PTI, movimentou a instituição, fez com que os profissionais aprofundassem o conhecimento entre colegas no trabalho conjunto (do acolhimento ao pós-alta) e incrementassem as reuniões para planejar manejo de crise e/ou manejo de situações corriqueiras da vida institucional. Outro aspecto que essa aproximação multiprofissional produziu foi a valorização das diversas formas de intervir, desde diferentes visões e práticas profissionais e de construir juntos argumentos para abordar os dilemas que apareciam no cotidiano. Os profis-

sionais que incorporaram o PTI passaram a compartilhar com seus colegas textos, experiências, casos e a estimulá-los a colocar em prática os cinco momentos. Isso aconteceu nas discussões de casos, nos *rounds*, nas reuniões clínicas (semanal para todos da instituição) e no desenvolvimento prático do PTI.

Quanto às relações interpessoais e aos processos de trabalho, em momentos onde há incremento das resistências, aumentam os tensionamentos, conflitos e disputas entre profissionais/setores/grupos, resultando em prejuízos. Há algumas polarizações, alguns contra e outros a favor do PTI, o que leva à dificuldade de desenvolver um trabalho mais colaborativo.

O endereçamento desses pontos até aqui assinalados, como demandas para a educação permanente, tem sido uma das estratégias do PTI. Entre eles, reforçam-se: abordagem dos problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; manejo de crise para diminuir conflitos entre os próprios pacientes e entre equipes e pacientes; indisciplina e abandono, entre outros. A proposta de educação permanente em serviço é para todos servidores, mas nota-se que, como o setor de enfermagem desenvolve já há anos um processo desse tipo, os servidores da enfermagem têm sido mais estimulados a participar em maior número das capacitações de sensibilização para o PTI, que se realizaram em setembro e outubro de 2014.

Existia no hospital uma Comissão de Treinamento e Qualificação Profissional (CTQP) que realizava as capacitações de acordo com as demandas que vinham dos diversos setores da instituição e que se ocuparam, também, das sensibilizações para o PTI, comentadas acima. Mas em 2014 essa Comissão foi extinta, o que resultou na desarticulação de um grupo multiprofissional, que vinha se ocupando da educação permanente de forma bastante apropriada, e isto prejudicou a implantação do PTI. Atualmente, há uma nova proposta da Divisão de Ensino e Pesquisa (DEP) que está aberta aos vários setores no sentido de compor ações de educação permanente, ensino e pesquisa.

Percebe-se que alguns profissionais acreditam que o PTI deve ser de responsabilidade apenas dos que participam mais diretamente do Grupo de Trabalho e não do conjunto da Instituição. Também por isso, houve momentos em que aconteceu desmotivação do Grupo de Trabalho pelo esvaziamento nas reuniões semanais, levando à sobrecarga de poucos profissionais. Por outro lado, quando os conflitos se estendem entre setores, geram imobilismo e falta de compromisso na manutenção das atividades e da integração necessárias.

Produções da pesquisa

Entre as produções dessa pesquisa, situamos a elaboração de um vídeo documentário institucional; a publicação desse livro; a publicação de uma revista produzida por pacientes, intitulada *Venérico e Contagioso* (TORRES e CONTE (org.), 2015), em oficinas de educação popular em parceria com o Projeto Semear e a construção de um banco de dados que integra informações de vários bancos, conforme já comentado. Apresentamos aqui a análise de 2012-2013 e em outras publicações apresentaremos a continuidade da análise da série histórica de 2014 e 2015.

Através desta pesquisa, tem sido possível dar visibilidade ao PTI dentro do hospital (reuniões clínicas e capacitações) e em outras instâncias da Secretaria Estadual de Saúde do

Rio Grande do Sul, bem como para a comunidade científica por meio de Congressos, Fóruns e dos Seminários de Acompanhamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS/MS/PPSUS).

É possível afirmar que a implantação do PTI tem qualificado a atenção e, consequentemente, as condições para a adesão ao tratamento da TB. As atividades voltadas aos pacientes nos eixos Educação e Saúde, Trabalho e Geração de Renda, Cultura e Cidadania tem produzido algum impacto na qualidade de vida, na preparação para a alta e no exercício de cidadania, conforme as manifestações abaixo de pacientes e profissionais:

“Agora a gente tem jeito para conversar com as equipes e com o médico. Eles escutam nossas perguntas e aceitam nossas respostas, não somos bicho” (paciente durante apresentação no sarau do Musical Desinfeliz, falando para familiares e servidores).

“Eu consegui me controlar porque fui respeitado” (paciente falando sobre controle de impulso a partir da abordagem da crise por seu médico de referência).

“Eu não sabia que eles eram capazes disso” (profissional da internação se refere à desinibição, memorização de texto, canto e dança dos pacientes no Musical Desinfeliz).

“Parabéns, isso que vocês estão conseguindo realizar com os pacientes é o que sempre desejamos” (profissional de um setor do HSP/SES/RS sobre o trabalho do Projeto Semear).

Sobre o impacto do PTI na ambiência hospitalar

Observou-se a ampliação das atividades do PTI com ações diversificadas. As de educação abrangeram a iniciativa do Brasil Alfabetizado, Educação em Saúde, Educação Popular e “Feira do Livro”. As voltadas à cultura contemplaram saraus culturais temáticos, a Descentralização da Cultura (aulas de música, construção de instrumentos, estímulo à autoria e musicalização no coletivo, através de projeto com Secretaria Municipal de Cultura de Porto Alegre), o teatro, a dança, o Cine Debate, o Festival de Curtas, Cultura Regional e a Semana de Arte do HSP/SES/RS. Ocorreram também o grupo de afetividade, o grupo da Dependência Química e o Espaço Vida (para acompanhar o PTS), entre outras. Ainda foram organizadas oficinas de gastronomia, confraternizações diversas, apresentações dos pacientes dentro e fora do hospital, saída para serviços de saúde na preparação para a alta, tal como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS Ad).

A ampliação dos espaços de circulação dos pacientes: trilhas, ecomusgo e escultura ao ar livre em áreas abertas do hospital, reunião clínica realizada em local que os pacientes possam frequentar em clima de respeito, descontração e afetividade, aumentando assim o reconhecimento e a reinserção social, promoveu uma aproximação maior entre pacientes, familiares, equipes e comunidade. Essa ampliação dos espaços teve reflexo, também, no protagonismo dos pacientes que passam a reivindicar atividades diversas em fins de semana e feriados, aumentando o engajamento do próprio paciente e de demais profissionais no tratamento e no espaço institucional.

Entre as fragilidades que refletem no tratamento cabe citar a relação entre a área técnica e administrativa no que se refere aos terceirizados; a baixa resolutividade quanto a algumas

reivindicações que se repetem nas Assembleias dos pacientes; a pouca participação dos setores nas Assembleias e nas Acolhidas e a necessidade de um planejamento das ações de forma mais integrada com avaliação permanente das mesmas.

O HSP/SES/RS avança com a implantação do PTI na qualificação da atenção, pautada pelo respeito ao usuário, com foco na integralidade, através da interdisciplinaridade, discussão de caso e articulação de rede. E também diversificando atividades para responder às diferentes demandas dos pacientes e suas famílias.

A sustentação desta experiência e sua viabilidade dentro da Secretaria de Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul é uma forma de referendar esta proposta e fazê-la expandir-se em diferentes contextos e dispositivos de cuidados da rede de saúde e intersetorial.

Considerações finais

A possibilidade de que os pacientes consigam se expressar melhor, passa pela mudança de visão das equipes em relação aos mesmos, deslocando-os, de uma posição passiva, desprovida de desejo e de vontade própria, para uma posição de sujeito que pode escolher seu modo de andar na vida e, portanto, engajar-se no seu tratamento. Essa possibilidade constitui uma aposta que ocorre quando são consideradas: a história, a cultura, os valores, o estilo singular, as conquistas, mas também as estratégias de cuidado a serem construídas e as limitações. A consequência desta transformação de visão amplia as capacidades dos pacientes de resolução de conflitos e de organização social, na medida em que as equipes reconhecem neles distintas capacidades e também suas limitações.

O percurso de implantação do PTI tem auxiliado na mudança de modelo de atenção, considerando as vulnerabilidades sociais dos pacientes, com propostas éticas, pragmáticas e inclusivas. Essas mudanças, no fazer cotidiano das equipes, têm proporcionado mais trocas nos processos de trabalho, novos argumentos para o enfrentamento de dilemas e conflitos e maior envolvimento nas responsabilidades compartilhadas entre equipes, e entre equipes, pacientes e familiares, ao longo do processo de tratamento.

O primeiro ano de pesquisa o PTI constituiu-se como uma forma de reunir os profissionais para se conhecerem e, sobretudo, para construir um objetivo comum: ampliar a adesão ao tratamento. O PTI aproximou profissionais, melhorou a comunicação entre setores, através dos debates, reuniões e estudos. Também promoveu alguma flexibilização nas regras institucionais e, com isto, colaborou para incrementar potencialidades terapêuticas ao tomar a singularidade como dimensão de análise nas decisões quanto as responsabilidades a serem compartilhadas entre equipes, pacientes e familiares.

No segundo ano, o esforço centrou-se na necessidade de registro das ações desenvolvidas, dos dilemas e desafios que ficaram evidentes no percurso dessa experiência. Entre as produções já citadas, ressaltamos: a publicação desse livro, que visa contribuir com o estabelecimento de diálogo, trocas e avanços na produção de conhecimento; a publicação de uma revista produzida pelos pacientes, que objetiva mostrar o que pensam, como vivem e possibilidades de expressão; um videodocumentário institucional com a finalidade de

constituir-se como material educativo e de divulgação para dar visibilidade à realidade e complexidades das demandas dessa população, às produções das equipes multiprofissionais do HSP/SES/RS e as parcerias estabelecidas, sem as quais esse trabalho não teria se concretizado de forma satisfatória; um banco de dados sobre o perfil dos pacientes a partir do qual foi possível verificar os principais problemas associados à baixa adesão, ampliando, assim, o diálogo entre as várias áreas na instituição para a busca de soluções resolutivas. Essas produções geram ações que poderão se constituir em compromisso da instituição, tal como a alimentação e análise do banco de dados.

Para finalizar reforçamos, a partir desta pesquisa, a necessidade de investimentos financeiros em projetos que contemplem melhorias e adequações na área física, equipamentos e materiais do hospital e em projetos de pesquisa, de reabilitação biopsicossocial e de pesquisa clínica, bem como na educação permanente dos servidores e na articulação com a rede inter-setorial, vislumbrando produzir conhecimento e qualificar a atenção integral às populações vulneráveis.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. V. 45, n. 2, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 251/GM, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>. Acessado em 15 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. V. 44, n. 2, 2014.

BERGEL, Fernando Skazufka; GOUVEIA, Nelson. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 898-905, 2005.

CANESQUI, A. M. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, p. 16-35, 1995.

CONTE, M. et al. **Plano Terapêutico Institucional: análise da implantação no Hospital Sanatório Partenon, referência estadual em tuberculose**. Projeto de Pesquisa para o SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/Hospital Sanatório Partenon/SES/RS, 2013.

CORALINA, Cora. **A sabedoria**. Disponível no *site* pensador.uol.com.br. Acessado em 12 de julho de 2015.

FIGUEIREDO, M. D. Material construído em parceria com os alunos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte da tese de doutorado “A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação” (FIGUEIREDO, 2012). Disponível pelo *site* http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_08.pdf. Acessado em 1 de julho de 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível no *site* http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf. Acessado em 1 de junho de 2015.

JARCZEWSKI, C. A.; GERMANY, C.; SILVA, E. C. da; OSÓRIO, J. Figueira; CONTE, M.; LITVIN, R.. **Projeto Semear: uma proposta de reabilitação psicossocial do Hospital Sanatório Partenon para pacientes portadores de tuberculose e outras comorbidades**. Ministério da Saúde. III Chamada para Elaboração e Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão social na rede de atenção psicossocial. Hospital Sanatório Partenon/Secretaria de Estado da Saúde/RS: Porto Alegre, 2013.

JARCZEWSKI, C. A.; PIVATTO, R.; CASTRO, R.; RODRIGUES, M. V. **Visita de Monitoramento e Avaliação – Junho de 2015**. Política Estadual de Controle da Tuberculose (PECT)/Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)/Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS)/Ministério da Saúde (MS)/Sistema Único de Saúde (SUS), 2015a.

JARCZEWSKI, C. A.; PIVATTO, R. **Plano de Atividades. Relatório de 9/6/2015**. Política Estadual de Controle da Tuberculose (PECT)/Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)/Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS)/Ministério da Saúde (MS)/Sistema Único de Saúde (SUS), 2015b.

LUZ, R. **O espaço potencial: Winnicott**. Disponível no *site* <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs03/LuzWinnicott.htm>. Acessado em 7/8/2015.

MEHRY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde**. Disponível no *site* <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>. Acessado em 16/7/2015.

MONTEIRO, Simone R. da R. P. **O marco conceitual da vulnerabilidade social**. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 17(2): 29-40, jul.-dez., 2011.

OBID. **Redução de Danos e Adesão**. Ministério da Justiça. Disponível no *site* http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11273&trastro=REDU%C3%87%C3%83O+-DE+DANOS/Ades%C3%A3o. Acessado em 9 de junho de 2013.

PPSUS (Pesquisa para o SUS). **Levantamento da participação dos pacientes em atividades terapêuticas, esportivas, artísticas e culturais 2014-2015**. Hospital Sanatório Partenon. Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2015.

REINERS, Annelita, Almeida Oliveira; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida; ARRUDA, Anna Lucia Gawlinski de. **Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. *Ciência e saúde coletiva [on-line]*. 2008, v. 13, suppl. 2, p. 2299-2306. Disponível no *site* <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>. Acessado em 9 de junho de 2013.

RODULFO, RICARDO. *Límites del Límite*. Manuscrito não publicado, 2010.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos; PAVIM, Bibianna. *Perfil das altas do Hospital Sanatório Partenon, nos anos de 2012 e 2013*. Porto Alegre/RS: Pesquisa PPSUS/Hospital Sanatório Partenon, 2015.

TORRES, S.; CONTE, M. (org.). *Venérico e Contagioso*. Ministério da Saúde (Edital III Reabilitação Psicossocial e chamada n. 002/2013. FAPERGS/MS/CNPq/SES/RS (PPSUS)). *Revista edição especial*. Hospital Sanatório Partenon/SES/RS. Porto Alegre: Centhury, 2015.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Acolhendo as dificuldades de adesão dos pacientes com HIV/Aids

Rosa Maria Bittencourt Mayer¹
Eleotéria Rosane dos Santos²
Alane Viñas Nardi³
Jaqueline Conz⁴

Resumo

Este trabalho relata a forma de compreender e abordar as dificuldades de adesão ao tratamento de pacientes, encontradas em um serviço de atenção especializada em HIV/Aids pertencente à Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SAT), localizado no Hospital Sanatório Partenon. O tratamento da Aids ofertado pelo SAT consiste na realização de exames, consultas médicas e no uso diário de medicamentos. Isso, aliado ao estigma que acompanha a doença, dificulta a adesão dos pacientes. Os serviços de Aids contabilizam um grande número de abandonos de tratamento, alternados com períodos de adesão. Para trabalhar com essa parcela da população e prestar atendimento mais efetivo, em 2011 foi criada uma modalidade de acolhimento no momento de retorno do paciente, onde este é abordado com foco no abandono do tratamento. O conteúdo da conversa alimenta o banco de dados, usado para conhecer as características dos usuários. Os pacientes que não comparecem são contatados mensalmente via telefone pelas psicólogas e estagiárias, que buscam compreender a problemática da sua adesão, criando um vínculo. A relação entre os motivos de abandono do tratamento e o entendimento que os pacientes possuem acerca de sua condição será analisada neste artigo, já que o entendimento que os pacientes possuem acerca de sua condição será analisada neste artigo, já que a quantidade de pacientes que pouco compreende a doença é pequena. Esta experiência nos tem ensinado que, apesar de a maioria dos pacientes compreender a doença e sua evolução, abandonam o tratamento por vários motivos, como o uso de drogas, questões familiares e laborais, fatores relacionados com sua vida social, econômica, espiritual. Compreender esses fatores ajuda a abordar a questão do abandono do tratamento da Aids não apenas como uma questão individual.

Introdução

O HIV surgiu na África durante o século XIX, sendo identificado em 1980, e a síndrome em 1981. O vírus pode ser contraído através da exposição a um fluido, como sangue, sêmen,

1 Psicóloga do Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon/SES-RS.

2 Psicóloga Sanitarista do Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon/SES-RS.

3 Estagiária de Psicologia Comunitária do Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon/SES-RS.

4 Estagiária de Psicologia Comunitária do Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon/SES-RS.

secreção vaginal, fluido pré-seminal e leite materno – atacando então o sistema imunológico, responsável pelas defesas do organismo, debilitando o indivíduo, ficando vulnerável ao ataque do vírus, de bactérias e doenças (BRASIL, 2008a, 2010; BOTH et al., 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) pontua que o HIV – vírus da imunodeficiência humana, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids, ficou conhecido mundialmente na década de 1980. Até então, ambos foram associados à morte imediata e, por grande parte da população infectada ser homossexual ou usuários de drogas injetáveis, foram estigmatizados socialmente como sendo portadores desse “mal” (BOTH et al., 2012).

Hoje em dia, viver com o vírus é possível. Existem diversos tipos de coquetéis com medicamentos, distribuídos de forma gratuita no Brasil que contribuem para o sujeito viver com a melhor qualidade de vida possível. Entretanto, os estigmas sociais ainda existem, tornando a vida do portador bastante difícil. Como forma de enfrentamento, o sujeito passa a negar a doença e conseqüentemente não aderir ao tratamento medicamentoso. O profissional da psicologia se faz importante neste aspecto, a fim de investigar quais os fatores de ordem emocional que estão envolvidos na não aderência ao tratamento (BOTH et al., 2012).

A manifestação do vírus

O HIV pode se manifestar através de sintomas e/ou doenças oportunistas. Por meio da investigação clínica, é possível um diagnóstico preciso dos sintomas do HIV, que podem ser semelhantes a uma gripe ou doença infecciosa. Esses sintomas podem ser ignorados ou tratados como uma gripe e tendem a desaparecer, sem o tratamento adequado – fase em que o vírus está fortemente concentrado, podendo ser transmitido a outros indivíduos com maior facilidade. Após essa fase, há uma quase ausência do vírus, podendo durar por anos (o portador continua sendo soropositivo, entretanto, ainda não desenvolverá a Aids), denominada como assintomática. A fase sintomática surge quando o organismo do sujeito já não consegue mais resistir à ação do vírus, iniciando, assim, a Aids, com seus sintomas, tais como: cansaço, tosse, perda de peso, diarreia, inflamação dos gânglios linfáticos, suores noturnos e vulnerabilidade a doenças oportunistas. A ação do vírus não permite que essas doenças sejam tratadas, podendo levar à morte (BRASIL, 2008b, 2010; BOTH et al., 2012).

Antirretrovirais e a aderência ao tratamento

Both et al. (2012) afirmam que, apesar dos avanços da tecnologia, ainda não há cura para o HIV e a Aids. Entretanto, há formas de o portador possuir uma boa qualidade de vida, através dos medicamentos antirretrovirais, diminuindo o número de mortes, fazendo do HIV uma doença crônica tratável. Atualmente, existem 18 medicamentos que atuam de formas diferentes no controle de progressão do ataque do vírus ao corpo, eficazes quando utilizados em conjunto, e por isso são chamados de coquetéis.

A aderência ao tratamento não é um processo simples, e dentro disso estão implicados fatores emocionais, culturais e sociais. Veras (2007) acredita que a aderência ao tratamento é

facilitada quando o indivíduo consegue elaborar psiquicamente o significado do HIV em sua vida. O fato de o HIV carregar um estigma promíscuo – atribuído àqueles que se envolvem em relações casuais – gera um sofrimento muito grande, pois envolve questões inconscientes relacionadas à sexualidade, como castração, proibição e questões narcísicas (BOTH et al., 2012).

Fluxo de trabalho

O SAT (Serviço de Atenção Terapêutica) atende usuários do SUS que fazem tratamento de HIV/Aids, contemplando consultas com diversos profissionais da saúde – médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, assistentes sociais – e também com a dispensação de medicamentos antirretroviral. A equipe de Psicologia Comunitária atua em diversas frentes, conduzindo atividades voltadas à população atendida pelo SAT. As atividades estão descritas a seguir.

Consulta de retorno: o serviço de psicologia comunitária do SAT tem como objetivo realizar um acompanhamento e um monitoramento das pessoas portadoras do HIV/Aids que por algum motivo deixaram de seguir o tratamento (sem consultas mais de doze meses), mas que em determinado momento o buscaram espontaneamente. Ao retornar, é encaminhado para o setor de psicologia comunitária, que vai acompanhar e monitorar o seu caso até que ele volte a aderir ao tratamento (doze meses retirando medicação sistematicamente e comparecendo a duas consultas médicas). O setor atende por agendamento prévio e por demanda espontânea.

Dessa forma, para o usuário que não realiza consultas médicas no período de um ano configura-se abandono do tratamento. O critério de abandono pode ser analisado por meio de um *software* desenvolvido pelo setor de informática, chamado de SAT, onde consta o registro das consultas realizadas – o setor administrativo, quando solicitado para marcar uma consulta a pedido do usuário, verificará seu histórico, conferindo a data da última consulta, e se esta passar de doze meses ele será encaminhado à psicologia comunitária.

O objetivo do profissional nessa consulta é desenvolver um diagnóstico da situação, compreendendo os motivos que levaram o usuário a abandonar, bem como aquilo que o fez retornar. Elaborar esse diagnóstico permite compreender a realidade na qual o usuário está inserido, e, além disso, incluir junto ao diagnóstico uma formulação – nesse caso, pensando a situação que se deseja alcançar no futuro –, depois, cria-se uma estratégia, e, por fim, o momento da operação (SÁNCHEZ, FERNÁNDEZ, MARIÑO, FERNÁNDEZ, 2009).

Existem algumas questões que estão associadas ao abandono do tratamento, interferindo na adesão, como os efeitos causados pelo uso da medicação, questões familiares, uso de álcool e outras drogas, entre outras. O motivo de retorno pode estar ligado a fatores de ordem familiar, ou com o aparecimento de uma doença oportunista (tuberculose, por exemplo). Diante disso, é feita uma psicoeducação a respeito do uso dos medicamentos, seus possíveis efeitos colaterais, sobre o HIV, sobre os níveis de imunidade e a defesa do organismo, na tentativa de compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários com o uso das medicações.

Para Soares, Susin e Warpechowski (2009), o trabalho do psicólogo exige um esforço em sustentar um espaço de escuta, de um processo de vinculação que leve em conta os desdobramentos e particularidades dos sintomas psíquicos que estão em jogo. A escuta e os atendimentos

visam amparar, proteger e dar uma referência para o sujeito que se encontra tão desprovido e desorganizado, de forma que se possa trabalhar em dupla. Esse encontro é um espaço no qual as necessidades do usuário podem emergir, dependendo dos recursos e capacidades de *insight*, de alguns aspectos que o levem a conflitos, resistências e padecimentos – constituindo-se, assim, um lugar de pertencimento/engajamento no seu processo terapêutico.

Monitoramento/Acolhimento da adesão: os profissionais e estagiários de diferentes áreas atendem a população, ou seja, as pessoas que convivem com HIV/Aids que chegam ao SAT, para realizar exames de rotina, acompanhamento, ou retomar o tratamento. A psicologia tem como objetivo uma escuta complexa, onde se investiga e detecta alguns possíveis motivos latentes e manifestos dependendo das demandas para a sua atuação. A disposição afetiva do psicólogo é fundamental para o acolhimento dos pacientes – uma atitude de escuta que visa receber e aceitar em que a expressão do sofrimento já proporciona alívio ou mesmo certa clareza com relação à situação vivida, criando condições para modificá-la. Em grande parte dos casos, o acolhimento é suficiente para dar conta da questão colocada, que envolve uma orientação a um conflito mais pontual. Quando necessário, recomenda-se a psicoterapia ou o acompanhamento psiquiátrico, entre outras recomendações e encaminhamentos.

Lima (2003) postula que ouvir é a melhor forma de aprender sobre o paciente, que sempre terá muito a ensinar. Através da escuta se pode compreender melhor quais são as suas necessidades e, dessa maneira, procurar ajudá-lo. Através da aliança terapêutica, é possível estabelecer uma relação de confiança, um vínculo e compromissos entre usuário-equipe-serviço, promovendo a solidariedade, a adesão ao tratamento, a prevenção e a promoção da saúde, devolvendo qualidade de vida e legitimação do sistema público de saúde. Claro que nem sempre é possível acessar os pacientes como desejado. Muitas vezes, há expectativas do profissional que está frente ao usuário e que nem sempre são compartilhadas, gerando frustrações. No entanto, é fundamental que cada um possa fazer a sua parte, a partir de necessidades, desejos e possibilidades com cada usuário. Nessa perspectiva, aquele momento da vida do paciente pode se transformar e afetar ambos nesse encontro de trocas vividas.

Segundo Ayres (2001), o cuidado é uma prática fundamental para a promoção da saúde. Entretanto, cuidar é diferente de curar, tratar ou controlar – práticas que estabelecem uma relação com os usuários de monitoramento, acompanhamento e controle do que pode ser uma ameaça e o que deve ser evitado para se ter uma vida saudável. Dessa forma, o cuidado não passa apenas pelas competências e tarefas únicas, mas inclui a construção dos projetos de felicidade de quem deseja ser cuidado, devendo-se levar em consideração o que as pessoas sonham para a sua vida e também para a sua saúde.

A adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional, possuindo cinco fatores: socioeconômicos, sistema e equipe de saúde, relativos a condições da doença, relativos ao tratamento e relativos ao paciente. O conceito de adesão está relacionado à correspondência entre o comportamento dos pacientes e as recomendações do serviço de saúde, ou seja, a adesão é compreendida como sendo a utilização de 80% dos medicamentos prescritos, horário, dose e tempo de tratamento (LEITE, VASCONCELOS, 2003; VILELLA, 2003).

A adesão ao tratamento de doenças crônicas, segundo Brawley e Culos-Redd (2000), tem sido nos últimos anos objeto de estudo da Psicologia da Saúde. Os significados adotados por

alguns autores para a adesão à terapêutica, os fatores que a ela se relacionam e a compreensão que se tem sobre o fenômeno variam de acordo com os padrões e conceitos teóricos. Existe uma tendência de centrar a responsabilidade pelo adocimento e sucesso da adesão ao tratamento nos próprios pacientes. Perfeito e Melo (2004) defendem que, se o paciente não se sentir mobilizado pelo primeiro atendimento, a capacidade de uma relação vincular, talvez não prossiga na sua busca por ajuda e adesão ao tratamento. Nesse sentido, a triagem de acolhimento é essencial, pois promove uma conscientização maior do paciente bem como da família em relação às suas possíveis dificuldades ao tratamento.

Monitoramento mensal/Dados epidemiológicos: na consulta de retorno, preenchemos uma ficha do usuário com os dados sociodemográficos, que alimentam nosso banco de dados.

Mensalmente, esses usuários de retorno são monitorados via sistema SAT, sistema SICLOM e consulta de laudos e exames de CD4 e carga viral. Caso o paciente não tenha retirado os medicamentos regularmente, não tenha ido às consultas e/ou marcado e faltado muito a elas, ligamos para ele, fazendo um processo de adesão via telefone. Nesse momento, os usuários contam sobre suas vidas e suas dificuldades em ir ao serviço. Esse atendimento funciona como um olhar cuidadoso sobre o usuário, que não se sente suficientemente amparado pelo serviço de saúde. Muitas vezes, esses usuários retornam ao serviço devido a essas ligações, pois se sentem cuidados, o que acaba por se tornar de extrema eficácia quando se estabelece o vínculo e o acolhimento, não enxergando o indivíduo apenas como uma doença, mas como um sujeito com fragilidades, limitações e recursos que se busca fortalecer ou restabelecer diante de possíveis desorganizações que o indivíduo possa estar atravessando na sua vida.

Através disso, propõe-se a analisar e refletir sob os riscos epidemiológicos, tópicos relacionados às políticas de prevenção, mensuração ou estatísticos em saúde. Para alcançar sucesso nas pesquisas e dados epidemiológicos de adesão e prevenção, são necessários alguns requisitos, como: acesso à informação e à educação para a ação, facilidade de acesso por serviços sociais e de saúde, além de ambientes sociais adequados e profissionais assertivos quanto às intervenções e aos encaminhamentos necessários, considerando as vulnerabilidades do sujeito de maneira individual, social e institucional (AYRES et al., 2003).

A população estudada

Em julho de 2015, o SAT conta com um total de 2.533 pacientes ativos, sendo 1.235 de sexo feminino e 1.298 do sexo masculino. Desses, 417 são pacientes que estiveram em abandono e acabaram procurando o serviço espontaneamente, configurando 16,5% dos pacientes atendidos pelo SAT. Ao retornar para o Serviço, esses usuários passam por uma modalidade de atendimento chamada de *consulta de retorno*, que visa atender os usuários que fizeram alguma consulta médica e/ou iniciaram seu tratamento e ficaram, no mínimo, um ano sem comparecer ao Serviço para a realização de outra consulta médica. Quando um desses usuários entra em contato com o serviço, eles são encaminhados para a Psicologia Comunitária, que os acolhe com o intuito de entender o contexto de vida desses usuários e suas dificuldades de adesão ao tratamento. É realizada uma psicoeducação a respeito do uso dos medicamentos e seus possíveis

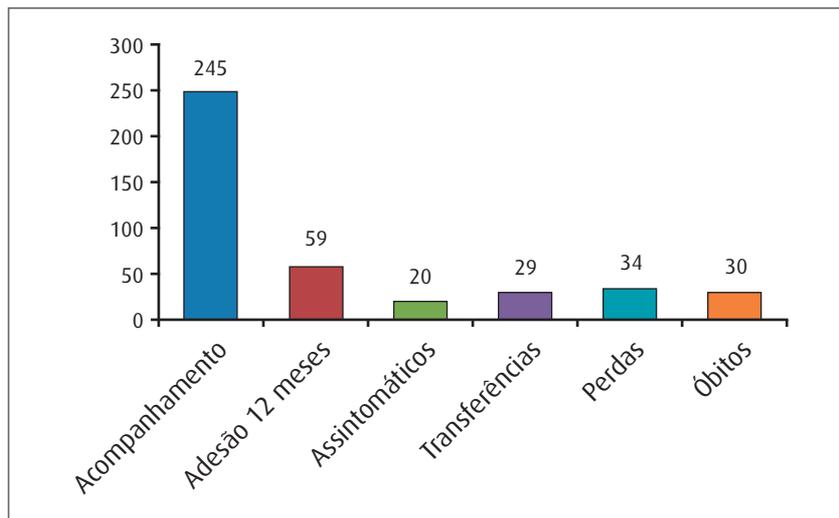
efeitos colaterais, além de esclarecimentos sobre como o HIV age e sobre os níveis de imunidade e defesa do organismo, na tentativa de compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários com o uso de sua medicação.

Depois de passarem por esse atendimento, os dados coletados durante a consulta são passados para um banco de dados, e os usuários recebem o *status* de *acompanhamento*. Serão, então, acompanhados mensalmente, no intuito de reforçar a importância de seguir o tratamento e receber auxílio em quaisquer dificuldades vindouras.

Quando é constatado que o usuário comparece às consultas médicas pelos menos duas vezes ao ano e retira os medicamentos antirretrovirais na farmácia mensalmente, ele é realocado, no banco de dados, para a categoria *adesão 12 meses*. Considera-se esse usuário como aderente ao tratamento, mesmo depois de um ou mais abandonos. Os usuários que não possuem indicação para tomar medicamentos são considerados *assintomáticos*. Mesmo não tendo a necessidade de retirar os medicamentos, foram tidos como pessoas que abandonaram o tratamento, pela não realização de consultas médicas nos últimos 12 meses.

Os usuários que estavam em tratamento no SAT mas acabaram sendo transferidos para outro serviço de saúde estão na categoria *transferências*; aqueles cujo contato é impossibilitado, seja por não se conseguir contato direto via telefone, ou por não ser encontrado pela Unidade Básica de Saúde, são colocados em *perda*. Os usuários que vieram a falecer ao longo do acompanhamento mensal são realocados para a categoria *óbito*. O Gráfico 1 descreve a distribuição dos usuários por categoria.

Gráfico 1 – Distribuição de usuários em abandono conforme as categorias de acompanhamento.



Tendo em vista que 16,5% dos pacientes do SAT acabam abandonando o tratamento pelo menos uma vez ao longo da vida, acompanhamentos mensais são importantes, servindo como motivador e incentivo para a continuidade do tratamento.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a adesão é essencial para que haja uma melhoria na qualidade de vida e na diminuição da mortalidade da população. Apesar disso, é um dos maiores desafios encontrados pelos profissionais que atuam na área da saúde, já que requer que os usuários realizem mudanças contínuas em termos de comportamentos, alimentação e uso de medicamento (BRASIL, 2010; REINERS et al., 2008). Outro fator importante é que os serviços possam estar constantemente fornecendo atividades específicas e novos arranjos em relação à adesão (BRASIL, 2010). A adesão se torna um assunto ainda mais crítico quando está relacionada a doenças crônicas: por possuírem múltiplas causas, início gradual, prognóstico incerto e duração longa ou indefinida (BRASIL, 2013). Existe uma dificuldade de os sujeitos continuarem o tratamento de forma regular e crônica, com grandes chances de abandono em um ou mais momentos de vida (REINERS et al., 2008).

Uma série de questões pode estar relacionada à interrupção do tratamento de forma espontânea: em algumas vezes, os medicamentos são a “prova” de que a pessoa é soropositiva, fazendo com que o descarte dos frascos e comprimidos seja uma forma de evitar a descoberta da condição sorológica por parte dos seus pares e familiares (BRASIL, 2008a).

A literatura (BRITO, SCWARCOWALD, CASTILHO, 2006) aponta que entre 30% e 50% das pessoas que fazem uso de medicamentos antirretrovirais acabam interrompendo o tratamento por conta própria, em diferentes momentos da vida, uma ou mais vezes ao longo do tratamento. O abandono do tratamento medicamentoso pode estar associado ao abandono do acompanhamento clínico, que inclui comparecimento às consultas médicas, realização de exames e de outras atividades que possam estar relacionadas ao autocuidado (BRASIL, 2008a).

Diversos fatores podem estar associados à dificuldade de adesão ao tratamento da Aids, podendo haver relação com o vírus em si, com os medicamentos utilizados, com problemas de relacionamento com a equipe de saúde, ou até mesmo com dificuldades psicossociais das pessoas que vivem com HIV/Aids (SCHILKOWSKY, PORTELA, SÁ, 2011). Um dos dados levantados durante as consultas de retorno é a percepção que os usuários possuem acerca da sua condição sorológica. Nesse momento, é investigado se os usuários possuem conhecimento sobre a doença como um todo, desde o contágio e possíveis consequências, até a importância de realizar o tratamento. O relato dos usuários, então, é posteriormente acomodado em uma das seguintes categorias:

Não compreende – o usuário pouco sabe sobre o HIV/Aids, não entendendo a forma como o vírus atua no corpo ou como o tratamento pode ajudar para que se atinja uma maior qualidade de vida;

Compreende pouco – o usuário até entende algumas coisas sobre o comportamento do vírus no corpo e/ou sobre a importância de realizar o tratamento;

Compreende, mas não se preocupa – o usuário possui um entendimento sobre sua condição, mas, deliberadamente, não quer fazer o tratamento;

Compreende, mas não é prioridade – o usuário possui entendimento, mas possui prioridades outras em sua vida, ficando o tratamento relegado a um segundo ou terceiro planos;

Compreende, e é prioridade – são os casos no qual o usuário não abandonou o tratamento de fato; deixou de comparecer/marcas consultas médicas, mas continua a retirar medicamentos e/ou esteve fazendo tratamento em outro local.

Dos 417 usuários em abandono, apenas 12 (2,9%) não possuem qualquer compreensão sobre a doença, e aqueles que pouco compreendem se configuram num total de 91 (21,8%). Já aqueles que compreendem mas não possuem preocupação em fazer o tratamento são 34 (8,1%); aqueles que compreendem mas possuem outras demandas de vida acabam sendo maioria, somando 173 usuários (41,5%). Por fim, os usuários que não abandonaram o tratamento de fato perfazem um total de 107 usuários (25,7%), sendo necessário discutir acerca dos critérios de abandono determinado pelo SAT.

A partir dos dados expostos acima, pode-se inferir que a não compreensão da doença não é fator decisivo para o abandono do tratamento de Aids. Os usuários que não compreendem ou pouco entendem a doença somam 103 (24,7%), quantidade semelhante aos usuários que não efetivamente abandonam o tratamento. Um dado importante a ser discutido é que quase a metade dos usuários (49,6%) que abandonaram o tratamento compreende sua doença, mas não prioriza o tratamento em detrimento de outras questões, sejam elas de cunho pessoal, familiar ou de trabalho. Discutiremos mais acerca dos motivos de abandono na próxima seção.

Dando voz ao abandono

Para haver uma maior compreensão acerca dos motivos pelos quais os usuários do SAT abandonam o tratamento, foi feita uma análise do conteúdo das respostas dadas por eles durante as consultas de retorno, totalizando 417 usuários. Utilizando a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977/2010), com o objetivo de transformar os dados brutos em dados úteis, as respostas dos usuários foram fragmentadas, partindo-se para o estabelecimento de unidades com significação semântica, seguindo o critério de analogia por semelhança. Assim, foi feita uma primeira análise e codificação das falas dos usuários em categorias com uma posterior agrupação temática destas.

A partir das respostas fornecidas pelos usuários, surgiram vinte categorias iniciais de análise, que foram aglutinadas em oito categorias intermediárias e, finalmente, reunidas em quatro categorias finais. A Tabela 1 ilustra essas categorias.

Abaixo, as categorias finais e os seus desdobramentos serão discutidos:

Categoria final 1: *Dependência química e transtorno mental*

Tecnicamente, a dependência ou uso abusivo de substâncias psicoativas é um transtorno mental. Para fins deste artigo, pensamos em analisá-los em separado, pela quantidade de características diversas que trazem ao tema do abandono do tratamento da Aids. Portanto, chamaremos de *transtornos mentais* quaisquer transtornos que não incluam o uso e o abuso de substâncias psicoativas.

As pessoas acompanhadas que apresentam algum transtorno mental podem vivenciar situações que vão desde a dependência quase total de outra pessoa, para seu cuidado, quanto episódios de depressão, baixa autoestima, dificuldade de autonomia para decisões sobre sua vida ou uma “rebeldia” excessiva quanto a qualquer opinião que possa sentir como “imposição

Tabela 1 – Categorias Iniciais, Intermediárias e Finais.

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Problemas com álcool e outras drogas	Dependência química	Dependência química e transtorno mental
Problemas psiquiátricos	Problemas psiquiátricos	
Dificuldade de relacionamento com a equipe	Dificuldade com o tratamento	Dificuldade com o tratamento
Dificuldade de adesão		
Não apresenta sintomas		
Efeitos colaterais dos remédios		
Sistema Prisional	Sistema Prisional	O que é abandono?
Reside fora de Porto Alegre	Mora em local diferente do centro de tratamento	
Tratamento no convênio	Tratamento em outro local	
Transferência		
Hospitalização		
Tratamento na rede		
Assintomático	Assintomático	O tratamento como secundário frente às diversas demandas da vida
Dificuldade de locomoção	Outras prioridades	
Problemas pessoais		
Dificuldades financeiras		
Gestação		
Falta de organização		
Religião		
Questões familiares		
Trabalho		

externa”. Muitas vezes, esse transtorno aparece muito mais como “causa” da própria vulnerabilidade que levou a sua infecção por HIV do que algo que possa ter surgido na sua vida após o diagnóstico. Nesses casos, são pessoas com vínculos muito frágeis com familiares e rede de apoio, com muitas situações de abandono ou muita dependência. Nos dois casos há fragilidade na formação de hábitos de autocuidado, que são muito necessários para uma adesão adequada ao tratamento da Aids.

Nas situações em que conseguimos vincular o paciente a um acompanhamento psicológico e psiquiátrico adequado, a melhora na autoestima e o desenvolvimento de hábitos de autocuidado e organização se mostraram efetivos para uma melhor adesão. Isso fica muito evidente no caso de uma paciente que chegou à consulta acompanhada pelo filho, em que ele é que precisava cuidar dela. Seu comportamento era completamente infantilizado e, por conta disso, orientamos para que fizesse acompanhamento psiquiátrico. Após alguns meses, iniciamos a adesão ao ARV e, passado um ano, ela estava trabalhando numa casa de família, cuidando melhor de si mesma, com carga viral indetectável e fazendo uso adequado da medicação.



Já a situação da dependência química e o uso abusivo de substâncias psicoativas trazem um cenário repleto de fatores que se entrelaçam e se atravessam. A dependência química traz para o sujeito uma “agenda” e uma lista de prioridades completamente diferentes das pessoas que não fazem uso de drogas. A urgência por um prazer imediato, sem preocupações com consequências ou com o futuro a médio e longo prazos, não combina em nada com um tratamento que exige uma certa disciplina e preocupação com o autocuidado. Na pesquisa Ajude-Brasil (CAIAFA, 2001), usuários de drogas injetáveis citavam como preocupações relacionadas com o uso de drogas o medo de *overdose*, o medo da violência (tráfico e polícia) e algo difuso relacionado a “doenças associadas ao uso de drogas”. O medo de adoecer e/ou de morrer não ocupa muito a mente do sujeito que está em pleno uso de drogas, o que não quer dizer que não possam ser sensibilizados para essas questões. Difícilmente alguém usa drogas sempre e o tempo todo. São momentos de uso mais compulsivo, momentos de algum controle e momentos de controle. Essa alternância de momentos pode ser bem utilizada pelo técnico que cuida desses pacientes. Combinações, esclarecimentos e orientações precisam levar em consideração esta alternância e esclarecê-la ao usuário. É comum o paciente chegar num momento em que acredita que “nunca mais vai usar”, e é importante valorizar esta decisão e esclarecer que, “mesmo que volte a usar”, precisa ter uma estratégia de adesão à medicação da Aids, o que pode ser muito útil em um momento de recaída. O medo de uma reação adversa no uso da medicação concomitante com o uso de droga ilícita é muito citado pelos usuários de drogas que abandonaram o tratamento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) argumenta que não existe interação medicamentosa com o uso das principais drogas psicoativas. Essa informação pode ser fundamental para que o usuário, uma vez vinculado ao uso dos ARV, não deixe de usar, caso volte a usar drogas.

No período de uso de substâncias psicoativas, a pessoa pode ter um cotidiano bem desorganizado em termos de horário e de moradia. Nesse caso, pensar com os usuários formas alternativas para transporte da medicação (fornecimento de embalagens plásticas com dosador diário) ou mesmo para lembrar o momento das tomadas (o celular muitas vezes está presente e pode ser programado para despertar no horário, ou vincular com um programa de TV/Rádio que seja referência para ele) são medidas simples e bem eficientes.

A boa vinculação com a rede de tratamento para dependência química da região, seja ela da saúde ou de setores religiosos, pode ser de grande proveito, visto que muitos pacientes, quando buscam retomar seu tratamento da Aids, estão sensibilizados para repensar o seu uso de drogas. Dividir com a rede este cuidado pode apresentar bons resultados, tanto para o tratamento da Aids quanto para a dependência química.

Outro aspecto do abandono do tratamento ligado à dependência química relaciona-se com o fato de ser o uso de uma substância ilícita. São muitos os fatos que podem impedir que o usuário tenha acesso aos ARVs. Um deles, por exemplo, é o medo de ser encontrado, tanto pela polícia quanto pelo tráfico, podendo ser preso e levar alguns meses dentro do sistema penitenciário até que consiga fazer contato com a enfermaria do local de detenção. Nesses casos, a flexibilidade do serviço de Aids é fundamental para facilitar este acesso, visto que são problemas difíceis de serem previstos. Aqui, o vínculo e a confiança que o usuário pode estabelecer com os técnicos do serviço vai fazer a diferença entre uma adesão possível ou a interrupção do tratamento.

Categoria final 2: *Dificuldade com o tratamento*

As dificuldades com o tratamento de Aids permeiam as vidas dos usuários de forma geral. Alguns deles, porém, não conseguem aderir ao tratamento devido a essas dificuldades, que se apresentam de diversas maneiras. Durante a análise das respostas dos usuários, muitos relatavam o abandono do tratamento por sentirem dificuldades que envolvem desde a apresentação de sintomas colaterais causados pela ingestão de medicamentos, até o relacionamento com a equipe do serviço.

Ao nos confrontarmos com usuários que apresentavam efeitos colaterais, acreditávamos que a sua presença teria mais impacto na adesão ao tratamento. Porém, observamos que, quando bem orientados, os usuários conseguem aderir apesar do mal-estar causado pelos medicamentos, até porque este é transitório.

Outros usuários relatam dificuldade de aderir ao tratamento justamente por não apresentarem quaisquer sintomas relacionados à Aids. Mesmo possuindo uma taxa de CD4 que demande o uso de ARVs, esses usuários não conseguem fazer o uso dos medicamentos, seja por acreditarem que estes causem mal-estar ou porque se sentem bem. A equipe, então, propõe uma estratégia psicoeducativa, no sentido de orientar sobre a importância do uso dos medicamentos antirretrovirais. A sensação de bem-estar acaba atrapalhando na adesão ao tratamento, porque o usuário tende a pensar a Aids como algo não palpável e que é “imune” à doença. Confrontar os usuários com os exames, indicando os níveis de CD4 e carga viral se torna essencial para a conscientização acerca da sua doença.

Além disso, muitos usuários relatam terem dificuldades com a equipe do serviço de saúde. O vínculo da equipe com o usuário é essencial para que o tratamento tenha sucesso. É importante ouvir esses usuários, entendendo os motivos dos atritos com os profissionais que os atendem. Se necessário, é importante que eles sejam realocados, continuando o tratamento com outro profissional da equipe com quem mantenham uma boa relação.

Uma parcela dos usuários que possuem dificuldade de adesão é daqueles que estão ligados ao sistema prisional. Ao entrar em regime fechado, o usuário nem sempre consegue ter acesso ao serviço de saúde e aos medicamentos ARVs. Ao saírem do cárcere, esses usuários nem sempre voltam ao serviço de saúde, ou deixam seu endereço para que o serviço os acesse.

Além disso, alguns usuários que fazem o tratamento no SAT moram em cidades diferentes do local do serviço. Vários municípios de pequeno porte, não possuindo serviços especializados, referenciam os serviços da capital para que seus moradores façam o tratamento, mas a responsabilidade por este deslocamento, tanto para a realização de exames médicos quanto para a retirada de medicamentos, fica a cargo do usuário, o que dificulta a adesão ao tratamento. Responsabilizar o gestor por este deslocamento e diminuir as suas vindas à capital, buscando a medicação, por exemplo, vem sendo uma medida estimulada pelo nosso serviço.

Categoria final 3: *O que é abandono?*

Observando a realidade de diversos serviços de Aids no Brasil, podemos observar que o conceito de “abandono de tratamento” é bastante variável. No nosso serviço, foi escolhido o

critério de “não ter comparecido à consulta médica nos últimos 12 meses”. Em outros locais, o critério é o mesmo, mas o tempo estipulado é 24 meses. Já em outros serviços o abandono é medido pela retirada de medicação e o tempo também pode ser variável (2 meses, 3 meses, 6 meses). Seja como for, os motivos do paciente vão ser avaliados dentro desses critérios que são escolhidos pela equipe técnica. Dessa forma, muitos pacientes discordam quando falamos que estava em abandono, visto que não consultaram mais aqui porque estavam morando em outra cidade e mantinham seu acompanhamento lá, ou porque estavam se tratando via convênio de saúde ou porque estiveram hospitalizados por bastante tempo. Na realidade, a informação que nós possuímos sobre seu tratamento dá a impressão de abandono, mas quando ele faz contato e traz exames, notas de alta, receitas de outro local, é possível constatar que o “abandono” de fato não aconteceu. O grande número de casos assim mostra que existe uma grande migração das pessoas dentro do estado e mesmo para fora dele e que a forma de registro individualizada que os serviços mantêm não consegue acompanhar a mobilidade das pessoas.

Outra resistência que os pacientes mostram ao nosso conceito de abandono é quando dizem que não estavam vindo consultar, mas não deixaram de pegar a medicação. Esta é outra situação que foi, de certa forma, influenciada pelas dificuldades institucionais do serviço. A escassez de mão de obra acabou criando algumas anomalias no andamento dos tratamentos. A retirada de ARV está condicionada à receita, e esta, à consulta médica. Com a falta de recursos humanos, criou-se uma certa “flexibilidade” na farmácia para facilitar o acesso ao ARV e não estabelecer uma descontinuidade no uso da medicação no caso da falta de receita. Com isso, o paciente acostumou a entender o tratamento como o uso do remédio. E, muitos casos que atendemos, o paciente estava usando o ARV por anos sem a realização de nenhuma consulta médica e nenhum exame laboratorial de monitoramento. Atualmente, com a reposição de profissionais para os cargos que estavam vagos, faz-se necessário todo um processo de adequação dos pacientes à rotina de exames, consultas, retirada dos remédios. Este processo consiste em uma educação a respeito da importância de avaliar a saúde em geral, de envolver pacientes e técnicos como participantes de um mesmo processo em que cada um tem que fazer a sua parte e pode contar com o saber do outro para fazer melhor a sua atividade.

Quando o paciente acostumou que ele só precisava vir uma vez por mês na farmácia pegar o seu remédio e não precisava interagir com ninguém, precisa haver uma reeducação para que compreenda a importância das diversas etapas ligadas ao seu tratamento e como ele poderá se beneficiar da intervenção de cada um dos profissionais envolvidos.

Além disso, se o paciente tem HIV há muito tempo e frequenta pouco o serviço, custa a acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo com o tratamento. O próprio critério de início do uso do ARV, que baseado no exame de CD4 estabelecia um grupo de pessoas que deveria usar ARV e outro onde o uso não era indicado, criou nos usuários uma maneira de entender o uso de ARV, que hoje já não é mais a mesma. Ao conversar com os pacientes que deixaram de comparecer vários anos no serviço, o motivo alegado por muitos era o de que eles não precisavam vir porque estavam bem. Alguns diziam que, logo que souberam da sorologia, vieram algumas vezes, mas faziam exame e o médico dizia que ele estava bem e não precisava remédio, e isso,

aliado à vontade de “esquecer” da doença, gerava esse grande tempo de ausência no serviço, sendo que muitas vezes essas pessoas só estão retornando porque se encontram bastante debilitadas ou com alguma doença oportunista. A forma como também os técnicos acabavam lidando com essas pessoas, dentro de um cenário de poucos profissionais para atender um número enorme de pacientes, era a de priorizar quem está precisando de maiores cuidados. Isso reforça a ideia do paciente de que ele “não precisa”. No caso das gestantes, isso também aparece na fala de muitas delas, que dizem a mesma frase: “Eu usava o ARV por causa do bebê”. Depois do parto, o bebê é cuidado, levado ao pediatra, são realizados os exames e a mãe só volta ao médico quando se sente doente. A frase citada por elas é muito repetida pela equipe técnica, visto a preocupação que se tem com a transmissão vertical e a grande possibilidade de evitá-la agindo em um curto espaço de tempo que é a gravidez. A forma como a gestante escuta isso, aliada novamente ao seu desejo de “esquecer” a doença, faz com que ela se despreocupe com a sua sorologia até a próxima gravidez ou até o seu adoecimento.

Nesses casos citados, as dificuldades institucionais, falta de pessoal, falta de integração de informações entre os serviços e a falta de cuidado no discurso técnico que orienta os pacientes acabam contribuindo para a resistência do paciente a uma adesão adequada.

Categoria final 4: O tratamento como secundário frente às diversas demandas da vida

É natural que os pacientes utilizem mecanismos que os afastem do que os aflige. Mesmo para uma equipe de profissionais que se dedica ao tratamento da Aids é difícil entender que o paciente tenha que colocar outras prioridades na sua vida, mas se a pessoa está usando uma bengala por conta de uma seqüela da doença, mora em uma região de difícil acesso e precisa percorrer um longo caminho para chegar ao transporte coletivo, é compreensível que, em um dia de chuva, não compareça à consulta.

Dificuldades financeiras, tanto para a locomoção quanto para a subsistência básica da família, em alguns momentos da vida, fazem com que o trabalho, o “bico”, seja a única coisa a fazer, e o tratamento, mesmo que percebido como importante, não seja priorizado pelo paciente. Muitas vezes, a perda de um familiar ou o adoecimento de alguém da casa acaba por absorver o tempo e a atenção da pessoa de tal maneira que não consegue pensar em si e nas suas necessidades.

Quando conversamos com os pacientes para combinar horários mais adequados para o uso da medicação, não é difícil perceber que eles não tenham uma hora certa para dormir ou acordar ou para a alimentação. Esta outra organização da vida, muitas vezes, não é considerada como norteadora, e, dessa forma, lembrar o dia da consulta que foi marcada com mais de um mês de antecedência não é uma tarefa muito simples.

Um outro fator, bastante citado pelos pacientes, e que leva a um período de ausência no serviço, diz respeito à religião, que pode levar a um pensamento mágico de cura e que muitas vezes se confunde com o período de carga viral indetectável, mas que pode ser simplesmente regido pela ideia de que existem outras saídas de cura que independem do remédio. Esse é um aspecto difícil de lidar porque interfere na forma de ver o mundo desse paciente e complicado

de penetrar. O que se tem procurado nesses casos é deixar claro o que achamos que deveria ser feito e que, caso ele precise de ajuda, estaremos disponíveis.

Entender essas e outras prioridades como parte da vida dos pacientes e tentar aliar o tratamento a essas outras necessidades se torna importante tarefa para poder manter o paciente no tratamento. O contato com a rede de assistência social, conhecer os parceiros possíveis, os recursos de transporte social e uma escuta respeitosa das suas dificuldades familiares e pessoais pode ser uma boa possibilidade de vínculo paciente-equipe, o que é fundamental para a adesão do tratamento.

Considerações finais

Analisando as falas dos pacientes que abandonaram o tratamento da Aids em algum momento, foi possível perceber, em primeiro lugar, que escutar e considerar seus motivos pode ajudar o serviço a ser mais efetivo no sentido de manter o paciente no tratamento.

Percebe-se, também, que as dificuldades de adesão ao tratamento da Aids não são tão diferentes das dificuldades de adesão ao tratamento de outras doenças crônicas. Talvez a novidade para quem trabalha com Aids é que, nos últimos anos, a população que faz tratamento tem tido um período de vida bem mais longo, trazendo com isso demandas diferentes às do início da epidemia e a necessidade de uma rede mais articulada.

Há de se reconhecer que, para além das dificuldades individuais dos pacientes, existem outras que são coletivas e dependem da organização dos serviços, das políticas sociais e da intersectorialidade. Isso tudo traz novas exigências e demandas para os serviços que, até então, estavam habituados a olhar o usuário em sua individualidade. Agora o seu contexto passa a ser importante para compreender os processos de adesão/não adesão. Isso é um desafio para os técnicos por exigir uma nova forma de olhar o paciente, o contexto e o seu próprio fazer.

Referências Bibliográficas:

AYRES, J. R. C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977/2010.

BOTH, T. L.; COLOGNESE, B. T.; RODRIGUES, G.; SANTIN, R. R. P. HIV/Aids: Aspectos Emocionais e a Atuação do Psicólogo. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS, M. E.; FERREIRA, V. R. T. *A Psicologia no Cenário Hospitalar*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids*. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais, n. 84). Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. 7. ed. Brasília: Minis-

tério da Saúde, 2008b. Disponível no *site* http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/destaids_consenso_adulto_2008.pdf. Acessado em 10 maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAWLEY, L. R; CULOS-REED, S. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: overviews, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*, n. 21, 156s-63s, 2000.

BRITO, A. M.; Szwarcwald, C.; Castilho, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 2, p. 86-92, 2006.

CAIAFA, W. T. Projeto AJUDE BRASIL. **Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos Apoiados pela CN-DST/Aids**. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LIMA, D. B. A assistência para além da distribuição de medicamentos: o desafio do envolvimento. In: RAXACH, J. C. (org.). **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico, paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. ABIA, 2003.

PERFEITO, H. C. C. S; MELO, S. A. **Evolução dos Processos de Triagem Psicológica em uma Clínica-Escola**. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 21, n. 1, 2004.

A experiência do Projeto Arpão: Comunicação, Participação e Prevenção entre Detentos do Presídio Central de Porto Alegre

Liandro Lindner¹
Domiciano Siqueira²

Resumo

O Projeto Arpão se desenvolveu no Presídio Central de Porto Alegre, maior casa prisional do Rio Grande do Sul, que abrigava cerca de dois mil homens divididos em sete galerias, no início dos anos 2000. Não existiam dados sólidos sobre o nível de infecção pelo HIV entre a população, mas estima-se que ela girava em torno de 15%. O presídio se caracteriza por ser uma casa intermediária entre penas longas (cumpridas em outras casas do sistema) e penas curtas (cumprida por delitos menores enquanto se espera julgamento). O projeto se dividiu em duas etapas. Na primeira cada galeria indica um representante para participar de um conjunto de cinco oficinas abordando temas relacionados com HIV/Aids: aspectos clínicos e psicossociais, drogas e Aids, sexualidades e direitos humanos. Num segundo momento, esses multiplicadores escreviam, recolhiam e ajudavam a escolher materiais que seriam publicados em jornal de circulação interna destinado a todos os detentos. A cada edição o grupo era renovado. Os multiplicadores tornaram-se polos de informação e de reivindicações não somente na área de saúde, como na de direitos humanos. Verificou-se que os detentos possuíam maior confiança nas informações passadas pelos colegas e que era necessário investir mais no acesso dos detentos aos sistemas de saúde. Com a intenção de ampliar o raio de ação do projeto também foram realizadas oficinas para os funcionários civis e militares do presídio, atividades nas filas de espera junto a familiares e uma “tentativa” de capacitação piloto no presídio feminino. O universo do uso de drogas no sistema penitenciário foi aos poucos se esclarecendo, servindo muitas vezes de alerta para a chegada de novos tipos de drogas, novos pontos, conflitos entre grupos e outras questões relacionadas ao comércio e ao consumo além das grades. Na fase relatada neste capítulo (1999-2002), analisamos esta experiência identificando pontos de destaque que nortearam um trabalho com ênfase na Redução de Danos e nos Direitos Humanos.

Introdução

Na gíria do usuário de drogas injetáveis no final dos anos 1990, “arpão” era como se chamava a seringa utilizada para o uso de cocaína injetável, diluída em água. A emergência

1 Jornalista, mestre em Comunicação e Saúde, doutorando em Saúde Pública, professor da Escola Municipal de Saúde de São Paulo, diretor da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

2 Consultor de políticas de álcool e drogas, autor do livro *Maldito Cidadão. Numa Sociedade com Drogas*, 2006. Fundador, ex-presidente e atual membro do Conselho Consultivo da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

do avanço da Aids no final da década de 1980 obrigou ações inovadoras visando seu controle. A cidade portuária de Santos, no litoral paulista, era um exemplo de que outra via de infecção crescia além da sexual e que algo precisava ser feito, além do que já se fazia. Em “rodas de pico”, o uso de drogas injetáveis (sobretudo cocaína diluída em água) propiciava uma proliferação do HIV. Sentados próximos, homens e mulheres se injetavam, sem menores condições de higiene, recarregavam sua dose e passavam adiante o aparelho para outro uso. As mulheres em geral eram as últimas a ser “picadas”, o que aumentava sua chance de infecção. A estratégia de troca de seringas entre esses usuários, prática já existente na Europa, desde os anos 70, chegou na ocasião como novidade cercada de curiosidade e preconceito.

Mas a eficácia das ações sobre a epidemia de Aids foi uma realidade. A contaminação por uso de drogas injetáveis diminuiu no País, de 25%, em 1991, para 11% em 2001 (BRASIL, 2001). Além disso, dar voz e vez aos usuários possibilitou vias de expressão das suas realidades com forte impacto na forma de percepção e de discussão sobre o uso de drogas, separando de maneira decisiva o comportamento do uso das drogas, do envolvimento com o tráfico.

Foi nos contatos com os presídios e as casas de detenção e no fundo dos arrabaldes mais abandonados pelo setor público que se ouviu falar da chegada de uma pedra que, fumada, dava um “barato” mais rápido e mais intenso. Os primeiros depoimentos destacavam o efeito e a facilidade de uso sem agulhas, o que seria mais cômodo e, no imaginário equivocada da época, traria menos males do que o uso injetável. Nessa ilusão, muitos cambiaram de droga trocando seringas por cachimbos improvisados. Uma grande parte não resistiu e encerrou sua vida dessa forma.

Nesse decorrer de tempo, uma mudança profunda no perfil do usuário de drogas aconteceu em todo o País, como a diminuição significativa do uso de drogas injetáveis, o aumento do *crack* em todos os cantos e o crescimento do uso de álcool, causando reflexos na saúde pública. O uso precoce entre adolescentes, e até crianças, passou a ganhar atenção, e novas estratégias precisaram ser criadas, tendo como base principal o vínculo com a população que se trabalha e o envolvimento crescente da comunidade local promovendo tolerância, evitando o estigma, prevenindo o contato com a criminalidade.

Os recursos diminuíram e a realidade mudou e cresceu, e buscar novas estratégias é fundamental. Redução de danos hoje é um conceito ampliado que vai além do uso de álcool e outras drogas: avança para estilos de vida, para hábitos e prazeres, discute alternativas livres de escolha e possibilidades. Infelizmente, as moralidades de ocasião teimam em criar barreiras, hoje mais sutis e menos visíveis do que as viaturas policiais que cercavam os redutores de danos nos anos 1990, mas com igual influência nos poderes locais. Continuar avançando é nosso desafio, fazendo história e provocando questionamentos que acabam por tirar o mofo de mentes cristalizadas e lançar um pouco de luz sobre conceitos já ultrapassados.

Nesse contexto que o Projeto Arpão foi pensado, voltado para a realidade do uso prisional dentro do maior presídio de Porto Alegre, um dos maiores do Brasil.

O preço do pioneirismo

O Projeto Arpão – Comunicação, Participação e Prevenção foi ligado à Coordenação Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto

Alegre/RS e se desenvolveu no Presídio Central de Porto Alegre localizado no bairro Partenon, zona leste da capital gaúcha. Trata-se de um presídio exclusivamente masculino com capacidade, na época, para 834 detentos, mas com população em torno de 2 mil homens distribuídos em quatro pavilhões e 12 galerias.

Essa casa prisional se caracteriza, em sua concepção, por abrigar penas curtas ou detentos que aguardam penas. Mas, devido à superlotação de todo o sistema, isso não acontece. Na ocasião, 605 detentos já condenados cumpriam penas no Presídio Central e o trânsito diário era de cerca de 20 pessoas que entravam ou saíam das dependências. O número de detentos reincidentes era bastante alto.

Acreditamos que toda a ação que resulta em melhores condições de informação e impulse iniciativas comportamentais de valorização da vida e de saúde são ações de Redução de Danos, e dessa forma nosso trabalho contribuiu para isso. A experiência de troca de seringas – numa perspectiva de Redução de Danos associada ao uso de drogas – foi uma etapa de um processo amadurecido ao longo do tempo, em que a informação e as condições de acesso a ela chegaram juntas.

No sistema prisional, acreditamos que essa situação deveria ser alvo de avaliações e diagnósticos não encobrendo realidades, mas possibilitando maior luz às demandas levantadas.

O perfil do detento do Presídio Central, com quem trabalhamos, era o seguinte:

COR	INSTRUÇÃO
67% Branca	9,9% Analfabetos
15% Negra	13,06% Alfabetizados
18% Parda	59,3% 1º Grau Incompleto
	6,0% 1º Grau Completo
	11,72% 2º Grau e Superior
IDADE	DELITO
48,35% 18-25	32% Roubo
18,72% 16-30	12% Tráfico
14,82% 31-35	12% Estupro
8,71% 36-40	12% Homicídio
4,75% 41-50	12% Lesão
3,9% 51-60	8% Estelionato
0,75% Acima de 60	12% Outros

Fonte: Direção do Presídio Central de Porto Alegre.

As acomodações eram por galerias. As celas ficavam abertas, dispostas ao longo de corredores. Entre cinco e sete detentos dividiam cada cela, que mede em média 3m x 2m, chegando em alguns casos a nove por cela. Em muitas galerias, alguns dormiam nos corredores. No final do primeiro ano do projeto, dos 613 homens recolhidos no pavilhão D, mais de 200 dormiam do chão.

Cada galeria escolhia um detento que iria representá-la junto à direção da casa e de outras demandas, são os chamados “plantões”. Também algumas galerias criavam a figura dos “auxiliares”, que acompanhavam e assessoravam os plantões. As visitas ocorriam quatro vezes por semana (terças, quartas, sábados e domingos), distribuídas por galerias. Todos os visitantes passavam por um processo de cadastramento, identificação e revista prévia. Na ocasião, foram cadastrados 5.134 visitantes. Somente 3% dos detentos não recebia visitas, e eram a maioria originários de outros estados.

No primeiro semestre de 2000, foram contabilizadas 65.769 visitas, sendo 50.919 (77,42%) femininas, 8.078 (12,28%) masculinas, 5.047 (7,67%) adolescentes e 1.725 crianças (2,62%). Com média mensal de 10.961 visitas e média diária de 685 visitas. São responsáveis pela atividade de revista nas visitas 15 soldados femininos e 2 masculinos. À administração do Presídio cabia a força tarefa da Brigada Militar desde 1995. Faziam parte do quadro 117 funcionários militares e 20 agentes penitenciários com atuação em diversos setores. Todos os funcionários militares eram originários do interior do estado e ficam nesta atividade até dois anos.

O Presídio possuía um ambulatório que funcionava diariamente das 9h às 18h. O Hospital Penitenciário possuía 60 leitos e era atendido por cinco médicos – quatro clínicos, um traumatologista e dez auxiliares de enfermagem. Desses leitos, 80% estavam ocupados, em setembro de 2000, por pacientes HIV positivos. Conforme dados do Relatório Azul edição 1998-1999, 69,04% das mortes ocasionadas no Hospital Penitenciário, neste período, estavam relacionados com o HIV.

O hospital contava apenas com um setor para realização de raio X, não existindo possibilidade de realização de exames laboratoriais e de diagnósticos exceto nos hospitais conveniados. O Hospital Nossa Senhora da Conceição ofereceu cinco leitos cativos para detentos do sistema prisional gaúcho. Num estudo de soroprevalência realizado em 1998 revelou-se que 32,7% daquela população carcerária era portadora do HIV e que 57,10% das pessoas com tuberculose era HIV positivo. Dados da Susepe, de março de 1999, apontavam 45 soropositivos no PC e 8 no HP. Eram dispensados mensalmente medicamentos antirretrovirais a 29 pacientes (dados de março de 1999).

Comunicação e participação

O Rio Grande do Sul tem tradição em efetivar projetos que ligam Comunicação e Prevenção no Presídio Central. Nos anos 1990, surgiu a revista *Lampadinha*, editada pelo GAPA/RS com financiamento da Organização Mundial da Saúde e da Ordem dos Franciscanos. O projeto durou em torno de dois anos.

Em 1996, a Coordenação Municipal de DST/Aids da Prefeitura de Porto Alegre teve a iniciativa de criar o jornal *Arpão*, com financiamento do Ministério da Saúde, destinado a suceder o *Lampadinha*. A participação dos detentos foi a marca principal inclusive na escolha do nome do veículo. O projeto se desenvolveu até dezembro de 1998, quando foi paralisado com o final do financiamento.

As tratativas para a segunda fase do Arpão iniciaram-se em abril de 2000 com o processo de seleção e contratação do consultor, encaminhamento de questões burocráticas do projeto e

contato com as pessoas que trabalharam no projeto anterior. Paralelamente, foram efetivados contatos com as áreas de saúde das três esferas de governo, Secretaria de Justiça e Segurança, Susepe, Brigada Militar e Direção do Presídio Central, entre outros.

Em agosto de 2000, foi iniciado o primeiro treinamento com os detentos. Cada galeria escolheu um representante para participar. Foram desenvolvidos os seguintes temas:

Aids: consequências clínicas e comportamentais: Histórico da Aids; Formas de infecção e transmissão; Diferença entre soropositivo e doente de Aids; Sexo seguro/uso do preservativo masculino e feminino; Aconselhamento; Viver com Aids; Tratamento e adesão.

Direitos Humanos: Legislação; Gerações de Direitos Humanos; Reflexões sobre violações; Direitos dos apenados; Formas de garantia; Funcionamento de órgãos de Direitos Humanos.

Sexualidades: Preconceitos; Construção de conceitos; Formação de opinião; Violência e exclusão; Práticas sexuais e prevenção.

Drogas e Aids: Estereótipos do usuário; Aconselhamento específico; Uso limpo; Direitos individuais; Redução de danos; Identificação de drogas; Diferença entre usuário, dependente e traficante.

Numa última oficina, os participantes produziram materiais (textos, desenhos etc.) relacionados aos conteúdos tratados, que puderam ser aproveitados no jornal. Posteriormente, foi realizado outro encontro de avaliação e distribuição do jornal.

Ao final do projeto, passaram pelos treinamentos 356 detentos. No relato de muitos deles verificou-se que os conteúdos tratados foram repassados aos colegas de galeria através de conversas, pequenas palestras, socialização de materiais e utilização de quadros de avisos.

Por acordo ficou decidido que todos os números do jornal, nesta nova etapa, teriam espaço dedicado a um resumo de alguns conteúdos e reflexos de temas tratados durante o treinamento. O projeto também pretendia atingir os funcionários militares com atuação direta entre os detentos. Nesse sentido, foi ministrada uma oficina nos mesmos moldes da primeira no treinamento dos detentos (Aids: consequências clínicas e comportamentais), reunindo 67 funcionários de diversos setores.

Também foi efetivada a distribuição de materiais com informações básicas sobre a Aids junto às visitas nas filas de espera das revistas íntimas, acompanhada de preservativo, realização de grupos focais para elaboração de uma cartilha com informações básicas a todos os detentos do estado, em parceria com a Susepe.

No Presídio Feminino, foi realizada uma capacitação-piloto, com 20 detentas, estando naquele momento em elaboração algumas formas de viabilizar a continuidade de ações de educação permanente, uma vez que havia uma realidade diferenciada da maioria das detentas por exercerem atividades laborativas, o que impediu uma maior participação nessas ações. Verificou-se a efetividade no estímulo para que os próprios detentos exercessem a função de multiplicadores de informações pela maior proximidade, facilidade na comunicação, acesso e credibilidade.

Conclusão

À medida que os treinamentos se desenvolviam, aumentava a procura (até concorrência) entre os detentos para participar dos grupos, comprovando a importância dessa atividade para

eles. Iniciativas como essa têm sido, na grande maioria das vezes, a primeira oportunidade de acesso aos serviços públicos de saúde, por isso não é raro a situação de soropositividade e tuberculose (e de outras doenças) ser descoberta quando estão presos.

O uso de drogas, bem como o seu comércio, é uma realidade no Presídio Central. Segundo relatos dos detentos, a maconha é largamente utilizada e a cocaína aspirada vem em seguida. O uso via injetável também existia, mas em menor escala. Nenhum relato foi feito sobre a forma pela qual a droga entrava no sistema. Os dados da Susepe e da Força Tarefa apontavam somente um caso de tentativa de entrada de uma agulha e uma seringa naquela época. Também informaram que um quarto das mulheres presas no Presídio Feminino foram detidas por tentativa de levar droga para os companheiros no Presídio Central.

Os detentos por crimes sexuais (bem como os assumidamente homossexuais e travestis) ficavam albergados na mesma galeria. Observou-se serem estes mais tolerantes com a prática sexual entre homens e o uso de drogas. Os travestis e homossexuais tinham o mesmo direito de receber visitas íntimas. Essa galeria era a mais organizada em termos de estrutura interna, possuindo, além de plantão, diversos auxiliares em áreas específicas (saúde, jurídico etc.) e era a única que possuía quadro de avisos. Não havia relatos de tortura, espancamento ou violação maior dos direitos humanos. Os pontos negativos mais destacados eram a qualidade da alimentação servida, a morosidade na tramitação dos processos judiciais e as dificuldades relacionadas com o acesso à saúde.

A iniciativa pioneira possibilitou um conhecimento maior da realidade dentro das casas de detenção e ajudou a calcar estratégias de abordagem de promoção da saúde junto à população usuária de drogas nas regiões mais empobrecidas e atingidas da capital gaúcha. Infelizmente, o Poder Público não acompanhou as modificações oriundas do perfil de uso e a descontinuidade no investimento dos PRD acabou por frear uma iniciativa que foi bem-sucedida.

Por fim, o uso de drogas dentro de casas prisionais ainda é uma realidade, seu reflexo na vida cotidiana, algo concreto, e o investimento nessas duas pontas poderia resultar em maior controle de casos dos HIV, hepatites virais e tuberculose, que hoje tristemente ganham perfis grandiosos em Porto Alegre/RS.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos**. Saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KUCHENBECKER, R; SUDBRACK, M. Muito além da troca de seringas: a experiência do Programa de Redução de Danos associados ao uso de drogas injetáveis em Porto Alegre. *Divulg Saúde Debate*, 24:98-105, 2001.

SIQUEIRA, D. J. R.; WINKLER, G.; BARCELLOS, N. T.; MAYER, R. T. R.; CONTE, M.; FERNANDEZ, O. O Projeto de Redução de Danos no Rio Grande do Sul. In: BASTOS, F.; MESQUITA, F. E.; MARQUES, L. (orgs.). *Trocas de seringas: drogas e Aids*. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, p. 171-84, 1998.

SIQUEIRA, D. J. R. *Maldito Cidadão. Numa Sociedade com Drogas*. São Paulo: Editora King's Cross Publicações, 2006.

RIGONI, R. Q. *Assumindo o controle. Organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da redução de danos na região metropolitana de Porto Alegre* [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

WODAK, A. Redução de danos e programas de trocas de seringas. In: BASTOS, F.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. (orgs.). *Trocas de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 55-72, 1998.

Do cuidar ao cuidado: rastreamento do perfil epidemiológico na atenção a doenças sexualmente transmissíveis numa amostragem da população privada de liberdade¹

Sabrina Azevedo Wagner Benetti²
Ana Paula Bouscheid³
Daiane R. Steiernagel⁴

Resumo

O trabalho se configurou como um projeto de intervenção, oportunizando para a população privada de liberdade a realização de testes rápidos para HIV, Hepatite B e C, em uma Unidade de Saúde Prisional em Ijuí/RS. Este estudo teve como intuito obter o perfil epidemiológico de uma amostragem da população carcerária do Sistema Penitenciário do RS, visando sensibilizar esse público, através do aconselhamento quanto aos riscos relativos às doenças infecciosas e contagiosas, tais como a HIV/Aids, Hepatites B e C. As transmissões são significativas na população privada de liberdade, seja pelo adensamento populacional e pelo risco e vulnerabilidades sociais a que essa população está sujeita. O rastreamento permite o diagnóstico mais rápido, e o tratamento resulta na qualidade de saúde do indivíduo e na prevenção para esse segmento, seus familiares e a sociedade. Nesse sentido, a relevância deste estudo está ancorada na acentuada importância que estas patologias têm, ampliando o acesso das pessoas privadas de liberdade ao serviço de saúde, oportunizando a detecção precoce de doenças e recebendo informações para melhorar a qualidade de vida dessa população. Ainda se faz necessário ampliar o acesso dessa população ao diagnóstico e ao tratamento no sistema prisional.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014, sendo um grande avanço na área da saúde prisional, pois o Estado está formalizando a sua responsabilidade (BRASIL, 2014). O objetivo geral dessa política é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral

1 Artigo apresentado para conclusão do curso de Especialização em Saúde em Gestão no Sistema Prisional, pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS, 2014).

2 Técnica Superior Penitenciário – Enfermeira, especialista em Gestão em Saúde no Sistema Prisional – UFMG e especialista em Gestão em Saúde: Práticas Coletivas – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

3 Técnica Superior Penitenciário – Nutricionista, especialista em Gestão em Saúde no Sistema Prisional – UFMS.

4 Técnica Superior Penitenciário – Psicóloga, especialista em Gestão em Saúde no Sistema Prisional – UFMS e mestre em Letras: Estudos Literários – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

no SUS; as quais se encontram sob custódia do Estado, inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

A punição é a privação de liberdade e não a exclusão dos direitos fundamentais do ser humano, e nessa perspectiva o encarceramento precisa preparar o detento para que um dia venha retornar a sociedade e, assim, levanta-se um questionamento: como essas pessoas privadas de liberdade estão sendo preparadas para retornar à sociedade? Será que o Estado realmente tem uma política de reintegração social?

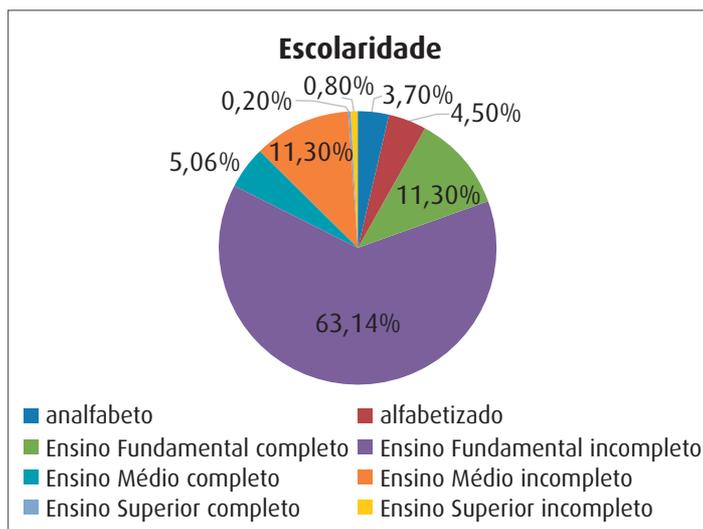
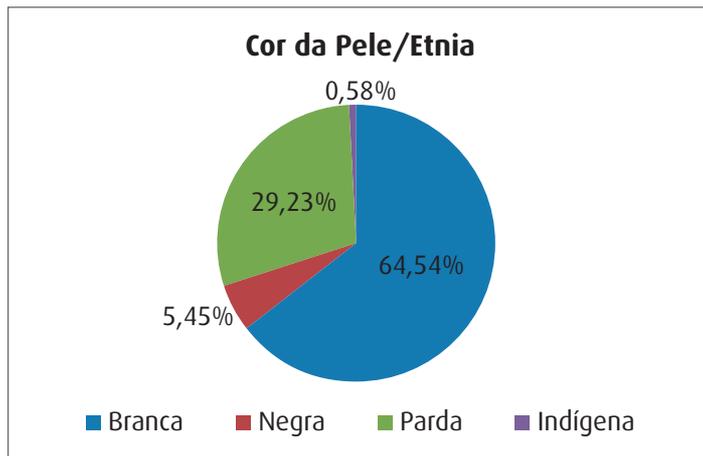
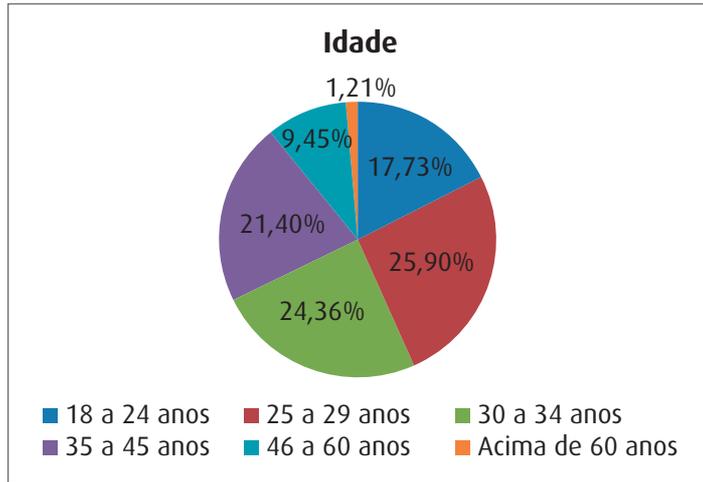
Os princípios que regem essa política são: Respeito aos direitos humanos e à justiça social; Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade, no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; Equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável, com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; Corresponsabilidade interfederativa, quanto à organização dos serviços, segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da rede de atenção à saúde no território e valorização de mecanismos de participação popular, e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

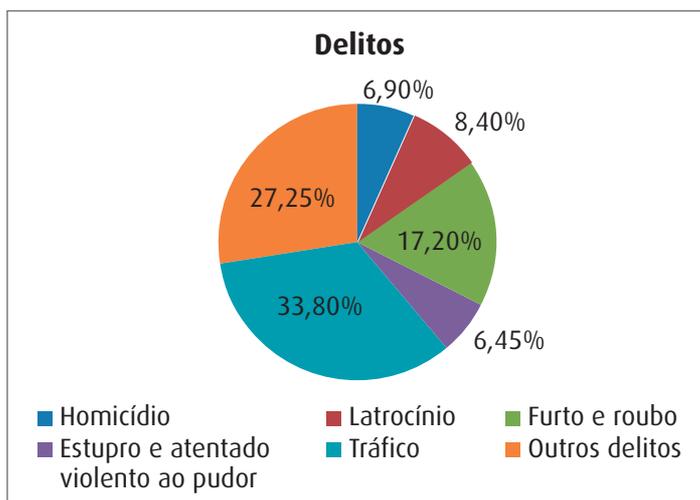
Percebe-se que a sociedade e o Estado produzem um novo olhar à saúde dentro do sistema prisional, pois os serviços de saúde nas unidades prisionais são estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

O cuidado com esses pacientes não deve se restringir à assistência curativa e, sim, à busca de fatores de risco à saúde e, em seguida, a execução de ações preventivas. Assim poderemos desenvolver ações do Projeto INTERVIR: que abordem o aconselhamento e testagem para obter o perfil epidemiológico em HIV e Hepatites B e C, da população privada de liberdade. Com isso, este Projeto visa contribuir com a discussão/prevenção e detecção precoce de doenças como: DSTs, HIV e hepatites virais, buscando avaliar o paciente quanto ao aspecto nutricional e garantir intervenção rápida e efetiva daqueles que estavam com seu estado de saúde em processo de declínio, que são característicos dessas doenças.

Características dos usuários da Unidade de Saúde Prisional

No ano de 2014, momento em que o estudo foi realizado, a população carcerária da casa prisional em questão contava com um efetivo de 479 homens e 34 mulheres, totalizando 513 pessoas privadas de liberdade. Seis não são brasileiros, mas de origem latina. Conforme as características indicadas nos gráficos abaixo:





Nessa população privada de liberdade, os que desenvolviam atividade laboral somavam 27,7%. Percebe-se que esses dados, apesar de estarem relacionados a um estabelecimento prisional específico, são próximos da média estadual, mostrando assim uma superioridade de adultos jovens que na maioria das vezes cometeram delitos característicos das suas fontes sociais. Não que o fato de ser de uma classe menos favorecida deva determinar o “comportamento criminoso” destes, mas o que percebemos em nossa sociedade que os crimes considerados de prisão são principalmente os atos de uma parcela da população desprovida economicamente, enquanto atitudes extremamente graves de segmentos da classe média e alta passam quase despercebidas, por exemplo, os crimes de “colarinho branco”.

Em termos de país, o Brasil possui uma das maiores populações encarceradas do mundo, e grande parte dos presos brasileiros continua sendo de uma parcela da população de minorias desfavorecidas. Outro fato importante é que a maior porcentagem dos delitos, diferentemente do que se pensa, é de crimes considerados leves, como, por exemplo, o furto simples e o tráfico – entre os ditos traficantes presos, sabe-se que uma grande parcela são os chamados de “mulas” ou o usuário de drogas ilícitas que começou a vender para sustentar a dependência, portanto trata-se de usuário de drogas e não traficante de fato (INFOPEN, 2013).

Intervenções em saúde prisional

Essa dupla exclusão dos apenados que está referida acima reflete a desigualdade social gerada pelo modo econômico vigente, bem como pelo modo de fazer saúde com essa população. Deve-se considerar que os indivíduos presos, independente da natureza da transgressão, estão privados da liberdade e não do direito humano e da cidadania de acessarem ações e serviços de saúde. A privação de liberdade os torna totalmente dependentes do sistema de saúde ofertado.

As políticas sociais, em especial as de saúde, com a legitimação do Sistema Único de Saúde, incitam o rompimento da fragmentação da atenção historicamente voltada para os aspectos biológicos, curativos e medicamentosos. Isso se traduz, efetivamente, em ações que

contemplem a integralidade por meio da resolutividade das diferentes demandas de saúde dos trabalhadores do sistema penitenciário, populações carcerárias e familiares, conforme apregoa a Portaria Interministerial n. 01, de 2 de janeiro de 2014.

De acordo com esta Portaria, está instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Sob os princípios do Sistema Único de Saúde, as unidades básicas de saúde prisional devem estar presentes em estabelecimentos penais com mais de 100 pessoas privadas de liberdade e devem ser compostas por equipe interdisciplinar na atenção à saúde.

Assim, faz-se necessário interagir com esses segmentos, principalmente em relação às doenças infecciosas e contagiosas, tais como a Sida/Aids, sífilis e Hepatites B e C. As transmissões são significativas no grupo-alvo, seja pelo adensamento populacional ou pelo risco social a que essa população está sujeita. O rastreamento permite o diagnóstico mais rápido e o tratamento resulta na qualidade de saúde do indivíduo e do coletivo na prevenção para esse segmento, seus familiares e sociedade.

Cerca de 520 mil pessoas vivem presas em 1.771 estabelecimentos penais espalhados pelo Brasil, onde haveria vaga para menos de 310 mil, segundo o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. Essa população está muitas vezes sujeita a condições insalubres, o que a torna especialmente vulnerável a doenças como tuberculose, hanseníase, sífilis, hepatites e Aids (INFOPEN, 2014).

Dados do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde indicam que existem 250 equipes de saúde no sistema penitenciário, que garantem a cobertura de 30% da população prisional – menor do que a cobertura média da Estratégia Saúde da Família, voltada para o conjunto da população brasileira, que era de 40% em 2010. O índice de HIV em prisões, nos países onde a principal forma de transmissão é por via sexual, chega a ser duas vezes maior que na população em liberdade. Nos países em que a infecção por HIV se deve mais ao uso de drogas injetáveis, a prevalência entre os presos chega a ser até 20 vezes maior que na população em liberdade. O compartilhamento de material para tatuagens e *piercings* e de lâminas de barbear agrava o risco (FIOCRUZ, 2012).

O Boletim do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2013) indica que numa prisão masculina de São Paulo quase 6% da população tinham HIV; entre as mulheres de outro centro penitenciário da capital paulista, o índice chegava a 14%. Segundo esse estudo, o nível de conhecimento sobre HIV era alto entre a população prisional, mas o acesso a ações de prevenção e assistência à saúde dentro das prisões foi considerado inadequado. Observa-se que a política de saúde no sistema prisional não é uma forma de reinserir os presos na sociedade, mas de inserir, porque antes de serem presos muitos já sofriam com a privação de direitos.

Percebe-se uma mudança positiva nos últimos anos, porém lenta, principalmente relativa a uma maior discussão sobre as condições das pessoas reclusas e da necessidade de ações preventivas ou de detecção precoce e tratamento de doenças, especialmente as trabalhadas neste estudo.

A execução de testes rápidos vem sendo uma alternativa viável de rastreamento das patologias citadas acima, permitindo desenvolver a promoção da saúde e prevenção de doenças. Pois, independente do resultado do teste rápido, todos os sujeitos estarão sendo atingidos pela

promoção e pela prevenção e acolhidos através do processo de aconselhamento que ocorre acompanhado de pré e pós-testagem. Nesse processo, é considerada a singularidade de cada indivíduo, enfatizando as temáticas mais cabíveis e procurando proporcionar um maior conhecimento sobre tais patologias, de forma a ponderar as diversidades ancoradas pela redução de danos, como diretriz de trabalho.

Análise estratégica

Este estudo envolveu o conhecimento das percepções das pessoas privadas de liberdade diante de uma conversa acerca das situações de risco, em relação às enfermidades infecciosas e contagiosas. Acredita-se que vários objetivos foram alcançados, e entre eles podemos elencar os seguintes: perfil epidemiológico da população carcerária do estabelecimento em questão durante o período de testagem; aconselhamento para todos os indivíduos que realizaram os testes rápidos para HIV, Hepatite B e C; teste confirmatório aos que apresentaram positivo no teste rápido para HIV/Aids e acompanhamento e encaminhamento aos setores competentes os que apresentaram alterações em um ou mais testes realizados.

O mínimo adquirido pelos sujeitos participantes da pesquisa foi de uma maior compreensão sobre o HIV, Hepatites B/C – formas de contágio, desmistificação de preconceitos, reflexão sobre estratégias viáveis para prevenção de riscos vivenciados e a importância do diagnóstico precoce, o mais breve possível, de tais patologias. A estratégia que guiou este projeto foi a seguinte:

- As pessoas privadas de liberdade realizaram entrevista de aconselhamento pré e pós-teste em HIV, Hepatite B e C, pela psicóloga e enfermeira da Unidade de Saúde Prisional;
- Os testes rápidos de HIV são para diagnóstico, sendo que o paciente que apresentou resultado positivo foi encaminhado ao Serviço de Atenção Especial (SAE) e acompanhado periodicamente pela equipe de Saúde Prisional;
- Os testes rápidos para Hepatite B e C são de triagem, ou seja, em caso positivo necessitou de investigação laboratorial, por isso as pessoas nessa condição foram encaminhadas para consulta com o médico da Unidade Prisional, a fim de solicitar novos exames para confirmar o diagnóstico;
- Todos os pacientes testados positivamente foram encaminhados ao serviço de nutrição, para intervenção e acompanhamento nutricional durante o processo de tratamento.

A coleta de dados se constituiu de informações sigilosas advindas dos resultados dos testes rápidos de HIV e Hepatite B e C, com vistas a identificar o perfil dos participantes e de situações de risco a que se colocaram nos últimos seis meses, a fim de contemplar os objetivos propostos. O instrumento foi validado em atividades anteriormente realizadas, que confirmaram o teste-piloto.

Os dados foram coletados pelas profissionais: psicóloga, enfermeira e nutricionista.

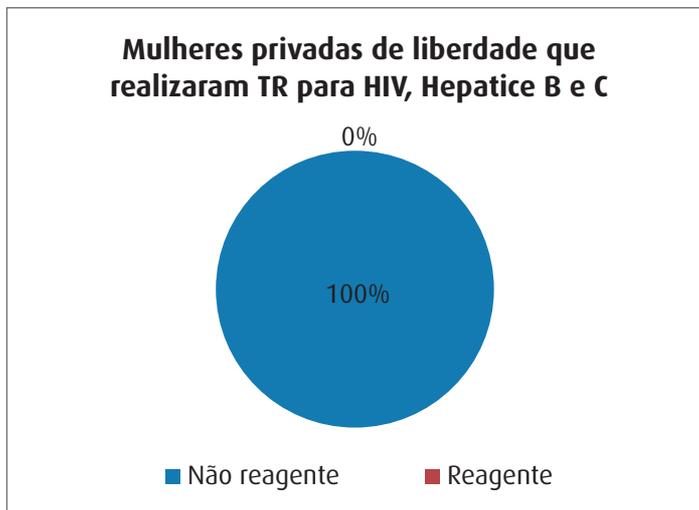
Implantação, descrição e avaliação da intervenção

Este projeto foi implantado e implementado a partir dos atendimentos realizados na Unidade de Saúde Prisional, bem como foi disponibilizado às pessoas privadas de liberdade.

O total da população foram 94 participantes para realização do teste rápido de HIV, entre eles: 9 mulheres e 85 homens; 85 participantes para Hepatites B: 10 mulheres e 75 homens; 81 participantes para Hepatite C: 71 homens e 10 mulheres.

É importante salientar que anteriormente a todas as testagens foi efetivado o processo de aconselhamento com a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários, sendo que nenhum dos participantes negou-se à realização do mesmo. A escolha destes ocorreu por demanda espontânea e em campanha realizada, na qual foi divulgada mais profusamente a realização dos testes rápidos.

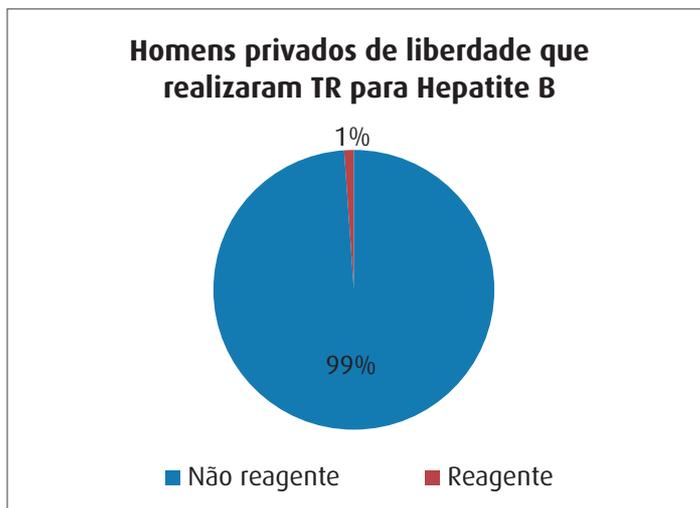
Apresentamos a seguir os resultados da pesquisa:



(BENETTI, BOURCHEID, STEIERNAGEL, 2014)



(BENETTI, BOURCHEID, STEIERNAGEL, 2014)



(BENETTI, BOURCHEID, STEIERNAGEL, 2014)



(BENETTI, BOURCHEID, STEIERNAGEL, 2014)

Os resultados obtidos entre as mulheres privadas de liberdade nos testes rápidos de HIV, Hepatite B e C deram 100% não reagentes.

A população masculina que realizou a testagem de HIV apresentou 98% dos resultados como não reagentes e 2% reagentes.

Na população masculina que realizou a testagem rápida de Hepatite B teve como resultado 99% não reagentes e 1% reagente.

A população masculina que realizou a testagem rápida de Hepatite C teve como resultado 96% não reagentes e 4% reagentes.

Considerações finais

O projeto de intervenção sensibilizou a população privada de liberdade a buscar maiores conhecimentos dos riscos de transmissão de doenças contagiosas, através do aconselhamento pré e pós-teste rápido, obtendo, assim, um maior cuidado com a sua saúde. Nesse sentido, contribuiu para fortalecer o trabalho de prevenção, desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde.

O referido projeto foi desenvolvido durante o ano de 2014 e optou pela intervenção através da testagem rápida de HIV, Hepatite B e C, devido à importância do diagnóstico de tais doenças e por serem doenças contagiosas que se tornam significativas na população trabalhada, por vários motivos: o adensamento populacional, a falta de conhecimento e de acesso a métodos de prevenção, bem como risco e vulnerabilidade sociais a que essa população está sujeita/imersa.

Entretanto, diante dos dados apresentados evidenciou-se que dentre os usuários testados na Unidade de Saúde Prisional pesquisada, o índice de resultados positivo é baixo, conforme exposto nos gráficos: 2% apresentavam HIV positivo, 1% apresentava hepatite B e 4% com hepatite C, considerando a percentagem nacional. Ou seja, em relação ao HIV no ano de 2012 foram notificados 39.185 casos de Aids no Brasil, sendo que 19,9% pertencem a região Sul. Já para os casos de Hepatite B a região Sul (2010) registrou 29,6% dos casos do País. Em relação à Hepatite C (2010), observa-se na Região Sul uma percentagem de 24,8% dos casos do Brasil.

A rigor, não se conhece o número de infectados pelo HIV nos sistemas prisionais, entretanto, acreditava-se que as taxas de prevalência do vírus da Aids seriam altas considerando as peculiaridades do aprisionamento, o que pode acarretar situações de maior risco e vulnerabilidade, incluindo tanto comportamento sexual de risco quanto o uso de drogas injetáveis no interior dos presídios.

Alguns estudos demonstram que várias doenças infectocontagiosas, tais como a tuberculose e o HIV, atingiram altos níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira. Descrevendo os presídios como “um território ideal para a transmissão do vírus HIV”, o Programa de Prevenção da Aids das Nações Unidas (UNAIDS, 2013) tem alertado continuamente às autoridades prisionais para que estas tomem medidas preventivas para evitar maiores índices de contaminação pelo vírus. Os níveis elevados de contaminação por HIV encontrados nos presídios do Brasil certamente reforçam o prognóstico das Nações Unidas.

Segundo Bernardes e Reis (2009), pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), realizaram no ano de 1997 uma coleta de dados por todo o País, e nesta estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil vivia com o HIV. Para os pesquisadores, entre os fatores que contribuíram para este resultado incluem o comportamento sexual de risco e o uso de drogas injetáveis no interior do presídio. Considerando esta estimativa, haveria cerca de 60 mil soropositivos que não constam de nenhum boletim sobre a doença no Brasil. Sendo que tal situação pode ser atribuída ao fato de que há uma limitação da divulgação dos dados pela fragilidade do Sistema de Informações.

Dessa forma, acredita-se que os dados encontrados em nossa pesquisa estejam associados com alguns fatores preponderantes, e entre eles pode-se citar o trabalho da equipe no sentido

de prevenção, bem como a oferta diária de testes rápidos para tais patologias, medidas preventivas adotadas, incluindo as gestantes, e o fortalecimento de ações abrangendo a distribuição de preservativos. Sendo que a oferta rápida de testagem e a recomendação da mesma aos parceiros vêm facilitando o diagnóstico nos casos positivos, o que também é de extrema importância para o tratamento do paciente.

Fatores que também não podem ser ignorados é o processo de aconselhamento, o qual ocorre em diversas oportunidades pela equipe, bem como a existência de uma Unidade de Saúde dentro da casa prisional, o que possibilita um trabalho mais efetivo e próximo da população privada de liberdade, relativo à promoção de saúde e prevenção de doenças. Contempla-se a educação permanente em saúde com os profissionais, o que vem proporcionando uma boa articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com outras instituições municipais, estaduais e federais.

Para finalizar, ressaltamos que em relação ao HIV e às Hepatites Virais, em especial a B e C, o trabalho desenvolvido vem surtindo efeitos benéficos e pode influenciar a tomada de decisão sobre outras frentes que precisam ser operacionalizadas, tendo em vista a atenção integral a populações privadas de liberdade.

Referências Bibliográficas:

BERNARDES, Erica Bento; REIS, Cássia Barbosa. *O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*. Disponível no site <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>. Acessado em 10 abril de 2009.

BRASIL. Lei Orgânica do SUS n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde/Diário Oficial da União, 1990.

_____. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Portaria Interministerial n. 1777, de 9 de setembro de 2003, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, 1996.

FIOCRUZ. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. Rio de Janeiro: Revista Radis, n. 118, junho de 2012, p 20. Disponível no site <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/118/radis-118-web.pdf>. Acessado em 4/10/2014.

IJUÍ. Lei Municipal n. 1.392/73. Trata sobre a criação da Secretaria Municipal de Saúde. Município de Ijuí/RS, 1973.

IJUÍ. Plano Municipal de Saúde do município de Ijuí. Trata do planejamento das ações de saúde executadas entre 2010 a 2014. Ijuí/RS, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Relatório de Atividades da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Ijuí 2003-2006. Ijuí: Coordenadoria Regional de Saúde, 2006.

SUSEPE/INFOPEN. Dados do Sistema Nacional de Informações Penitenciárias Estatísticas – dados referentes ao mês de abril de 2013. Acesso em 7 de maio de 2013.

UNAIDS. Boletim do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

2

Clínica ampliada



Entre o real e o ideal, o que é possível?

Projeto Terapêutico Singular e Conceito Ampliado de Saúde

Greice Niara Bizarro¹
Oswaldo Martins de Carvalho²
Franciele da Silva Delevati³
Veridiana Farias Machado⁴
Mariana Vanuza Vieceli⁵
Taciana Madruga Schnornberger⁶

Resumo

Este capítulo pretende discorrer sobre as ações que se referem ao processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua da cidade de Canoas/RS. A partir desse serviço, criado como um dispositivo facilitador do acesso à saúde e da garantia da equidade às Pessoas em Situação de Rua (PSR), percebe-se a importância do exercício constante, dentro de nossas práticas de trabalho, do estímulo à autonomia e ao protagonismo dos usuários nas suas vidas. Para este artigo, faremos um breve relato histórico da construção deste serviço, bem como das peculiaridades do processo de trabalho da equipe constituída no município de Canoas. Neste intento, pautaremos também uma análise de como se dá o trabalho em rede e como estão se constituindo os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), as abordagens com foco na Política de Redução de Danos, sobre as pactuações possíveis entre trabalhadores e usuários do serviço, tendo sempre presente a corresponsabilidade e a autonomia das pessoas atendidas, seja nos acompanhamentos de casos pontuais, nas atividades coletivas ou na interlocução com as outras políticas. Encerra-se apresentando as características da população em situação de rua atendida até o momento pelo Consultório na Rua de Canoas/RS.

O Consultório na Rua e suas origens

A modalidade de serviço do Consultório na Rua é um dispositivo do Sistema Único de Saúde – SUS que foi criado a partir da necessidade de aproximação com as Pessoas em Situação de Rua (PSR) e suas dinâmicas com os territórios. Para se entender o processo até a criação dos Consultórios na Rua, faz-se necessária uma retrospectiva histórica do contexto e dos tensionamentos que levaram à mudanças significativas no modelo de cuidado e atenção em saúde.

1 Assistente Social do Consultório na Rua de Canoas/RS, Especialista em Saúde Coletiva – Pneumologia Sanitária.

2 Agente Social, Redutor de Danos do Consultório na Rua de Canoas/RS.

3 Técnica de Enfermagem do Consultório na Rua de Canoas/RS.

4 Agente Social, Redutora de Danos do Consultório na Rua de Canoas/RS.

5 Psicóloga do Consultório na Rua de Canoas/RS, Especialista em Saúde Coletiva – Atenção Básica.

6 Enfermeira do Consultório na Rua de Canoas/RS.

A partir da década de 1970, segmentos da sociedade civil, movimentos sociais de trabalhadores, de usuários e de familiares iniciaram um debate e uma busca por transformações políticas no campo da saúde. O Movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Sanitária (AMARANTE, 2005; BRASIL, 2005; BRAVO, 2006; ESCOREL, 1999) é exemplo do tensionamento social que se deu por essas mudanças. Nas discussões e reivindicações, um dos focos centrais era romper com a lógica de trabalho hospitalocêntrica/manicomial para a criação de outros modos de fazer saúde que partissem da realidade das pessoas, dos seus territórios, do direito universal ao acesso à saúde e de outras garantias que se consolidam com a lei de criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) e a Lei da Reforma Psiquiátrica, posteriormente (BRASIL, 2001).

Os princípios da organização do SUS que trouxeram como base a universalidade, a descentralização dos serviços, a integralidade no cuidado em saúde, possibilitaram a criação de dispositivos de trabalho mais inclusivos e equânimes, que levaram em consideração os diversos modos de existência nos territórios. A partir da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, surgem serviços que priorizam o cuidado em liberdade e no território, como as Equipes de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Residenciais Terapêuticos, os leitos de cuidado intensivo em saúde mental nos Hospitais Gerais e outros.

Apesar da construção dessas mudanças, ainda assim existiam segmentos populacionais como PSR em extrema vulnerabilidade social que, por diversos fatores (estigma, preconceito e outros), tinham dificuldades ao acesso aos serviços de saúde. Surge, então, o Consultório de Rua, serviço direcionado ao atendimento às PSR que faziam uso de álcool e outras drogas. Outra experiência no País referente ao atendimento dessa parcela da população foi a criação do PSF sem Domicílio em Porto Alegre e das ESF sem domicílio em alguns municípios como Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro.

Ao longo dessas experiências do Consultório de Rua e do PSF Sem Domicílio, notou-se a necessidade de ampliação do cuidado dessa parcela da população para além do uso de álcool e outras drogas e do foco somente na atenção em saúde mental. Com o objetivo de fortalecer práticas que acolhessem o sujeito na sua integralidade, cria-se, em 2012, pelo Ministério da Saúde, o serviço do Consultório na Rua que foi instituído e regulamentado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012a) e pelas Portarias 122/2011 e 123/2012 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012c).

Uma equipe que compõe o serviço do Consultório na Rua tem entre os seus objetivos facilitar a garantia do acesso à saúde aos usuários, através da articulação da rede de serviços setoriais e intersetoriais. Também faz parte de seu processo de trabalho fortalecer a participação das pessoas atendidas na construção de seus projetos de vida através do estímulo à autonomia e à corresponsabilidade. A itinerância inerente à dinâmica de trabalho do Consultório na Rua possibilita a leitura da complexidade do território: os modos como as pessoas circulam pela cidade e os espaços de construção de vínculos, onde se encontram as potencialidades, os limites, as ausências de serviços, as dificuldades. Isso chama a atenção para o papel e o potencial do trabalhador como agente de transformação social na luta pela defesa, pela construção e pela melhoria das políticas públicas. O desafio se faz na possibilidade de criação de espaços de participação dos usuários nesse movimento (BRASIL, 2012b).

Assim, a partir dessa contextualização, descreve-se um pouco do processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua de Canoas com o foco em como se organiza o trabalho em rede, a participação dos usuários na construção dos seus Planos Terapêuticos Singulares, bem como na composição entre os saberes dos trabalhadores e das pessoas atendidas.

A equipe do Consultório na Rua e a rede

Existem três modalidades e possibilidades de composição de equipes para o Consultório na Rua (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). A equipe do Consultório na Rua – ECR de Canoas – insere-se na modalidade II de composição de equipe, que conta com os seguintes profissionais: dois agentes sociais com experiência no trabalho de Redução de Danos, um assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e uma técnica de enfermagem. Além disso, a equipe também conta com um motorista. Outros profissionais também podem compor as equipes, tais como: terapeuta ocupacional, médico, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física, profissionais com formação em arte e educação, auxiliar de enfermagem e técnicos de saúde bucal. Está previsto para as equipes de Consultório na Rua o atendimento de oitenta até mil pessoas em situação de rua.

Esse dispositivo de cuidado integra a rede de serviços de Atenção Básica – AB em saúde. Também se inclui como mais uma alternativa de acesso para as Pessoas em Situação de Rua – PSR. Trata-se do investimento da política de saúde no acesso e, principalmente, na igualdade de assistência, princípio fundamental do SUS, sinônimo de *equidade*⁷. Busca-se, assim, diminuir as desigualdades de acesso e de atenção, levando em conta as diferenças individuais, sociais e históricas de cada sujeito e comunidade para então poder investir na construção da rede de serviços e estratégias de cuidado.

Desse modo, entende-se que a equipe do CR faz parte de uma rede de serviços e atores sociais que entrelaçam diferentes saberes e práticas, garantindo, também, um cuidado integral aos usuários atendidos, de acordo com a realidade local. Para que uma pessoa possa ser acompanhada em sua necessidade, tanto de saúde como em outras dimensões, é imprescindível que uma rede de atenção seja criada e fortalecida pelos profissionais a fim de usar dessa estrutura no cuidado aos usuários. Para que o acesso aos serviços da rede aconteça de forma integral, é importante o conhecimento dos pontos de atenção, a criação de fluxos, a intersetorialidade e o trabalho micropolítico do cotidiano (BRASIL, 2010).

No que se refere à Rede de Atenção à Saúde, Canoas conta com uma cobertura de 52% de Equipes de Saúde da Família – ESF, com 27 unidades de saúde (BRASIL, 2015), seis Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (2 CAPS Ad III, 1 CAPS III, 1 CAPS II e 2 CAPS I) –, um Serviço

7 Dos princípios e diretrizes do SUS: “Art 7 – parágrafo IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; nas discussões sobre este tópico da legislação “Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade [...] fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos), atingiríamos, hipoteticamente, uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades” (Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em Saúde. **Verbetes: Equidade em Saúde**. Acesso em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> 30/6/2015).

de Atendimento Especializado – SAE, um Serviço de Tisiologia, um Serviço de Atenção à Saúde da Mulher, um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, um Ambulatório de Feridas, um Centro de Especialidades Médicas – CEM, cinco Unidades de Pronto Atendimento – UPAs (2 UPAs 24 horas), três hospitais e seis farmácias básicas municipais (sendo cinco regionalizadas).

A ECR articula suas ações com esses serviços e com a Rede Intersetorial de acordo com o Projeto Terapêutico construído com cada pessoa. Desde a discussão de caso clínico, o acompanhamento do usuário para consultas e exames, até questões que envolvem outro setor (desenvolvimento social, habitação, segurança), constrói-se, a partir das relações que se estabelecem entre os profissionais, uma rede aquecida que se mobiliza para produzir um cuidado ampliado e consistente. Do mesmo modo, existe a barreira histórica da fragmentação do trabalho contra a novidade que é pensar e trabalhar em rede. Portanto, cotidianamente, enfrentam-se os resquícios, muitas vezes dominantes, de um modelo dicotômico e fragilizado das relações de trabalho. Desafio este que se busca superar na intensiva reflexão cotidiana dos processos de trabalho e na micropolítica de nossas ações.

Para que as ações se deem de forma integral, levando em conta a complexidade da vida das pessoas, dos territórios e dos serviços envolvidos, é essencial reconhecer a importância e o foco de nosso trabalho, que são os sujeitos atendidos e que fazem parte dessa rede. Nesse caso, a pessoa em situação de rua e seus territórios de vida. É a partir dela que a rede faz sentido.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) no encontro com a Política de Redução de Danos

*Quando um corpo encontra outro corpo, uma ideia
outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem
para formar um todo mais potente (Deleuze, 2002, p. 25).*

Atualmente, a construção do Sistema Único de Saúde – SUS busca superar a lógica da fragmentação e do individualismo para uma prática que repensa seus modelos e que coloca em análise a própria incompletude enquanto uma característica humana fundamental. Desde já, a busca por um processo de construção conjunta, entre trabalhadores e sujeitos atendidos, que agrega diversos saberes e práticas para então poder construir um cuidado integral, é o desejo de muitos profissionais da saúde. É o que se considera uma prática da clínica ampliada e do trabalho transdisciplinar. O Projeto Terapêutico Singular (PTS), como uma ferramenta da clínica, auxilia a organização do trabalho das equipes de saúde como a ECR, por exemplo (BRASIL, 2009).

A citação acima se encaixa perfeitamente quando da intenção de se falar em Projeto Terapêutico Singular – PTS, instrumento muito presente no processo de trabalho da ECR, existindo para ele diversas definições. Para Barros (2009) os projetos terapêuticos têm de superar o modelo biomédico, utilizando ações conjuntas e coletivas no intuito de responder às necessidades das pessoas. Merhy (1998) define o Projeto Terapêutico Singular como um instrumento que pode responder às demandas objetivas e subjetivas das pessoas atendidas, com a perspectiva da produção de sua autonomia e da apropriação de seu processo de cuidado.

A dinâmica da rua, a complexidade clínica de muitas pessoas que nela vivem, os seus desejos e vontades, devem ser levados sempre em consideração para a obtenção de êxito nas ações em saúde. Além disso, o vínculo é essencial para o uso desse instrumental, bem como a necessidade de que o profissional que estiver prestando esse atendimento não deposite no usuário os seus desejos e vontades, e, sim, que as possibilidades de atendimento sejam construídas a partir e com a pessoa atendida.

O uso do PTS, como ferramenta de trabalho, vem ao encontro da Política de Redução de Danos para que se constituam respostas efetivas nas relações construídas entre os usuários e a ECR.

Parágrafo Único. Entende-se por Redução de Danos o trabalho realizado com cada usuário em sua singularidade, na construção de Projetos Terapêuticos que aumentem o grau de liberdade, autonomia e corresponsabilidade, tendo como foco estimular a reflexão sobre a relação com o uso de drogas, bem como o aprendizado e cuidado conjunto e compartilhado (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A Redução de Danos – RD é um conceito vivo, trata-se de uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas, não sendo a redução do uso e a abstinência os objetivos principais no cuidado em saúde e nem uma limitação para o acesso aos serviços. Na RD as ações buscam a autonomia e o protagonismo do sujeito diante da construção da relação entre ele e a sua droga de escolha. Faz-se isso a partir da construção de um PTS que leve em conta a história de vida do usuário, a disponibilidade da rede e as possibilidades de produzir saúde (BÜCHELE, DIMENSTEIN, 2014).

O uso de Substâncias Psicoativas – SPA acompanha o processo histórico das civilizações. Muitas pessoas que fazem uso de alguma droga não têm uma relação problemática com esse consumo, porém, outras pessoas necessitam de um cuidado relacionado ao seu uso. Pensando nessas pessoas e na prevenção de riscos e agravos envolvendo o consumo de SPAs é que políticas públicas têm sido repensadas e reorganizadas. Na área da saúde, essa movimentação acompanha a mudança de paradigma proposta nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial. (BRASIL, 2004, 2011).

É recente essa discussão no Brasil, iniciativas começaram após a década de 1980, mas se consolidaram com ações estruturadas apenas na década de 1990. Ainda se tem muito a avançar no reconhecimento da RD, na criação de novos equipamentos como as salas de uso de drogas e outros dispositivos de cuidado que já tem prerrogativa nas experiências internacionais. Entretanto, com muita criatividade, implicação e controle social, a RD tem sido sustentada nas redes de atenção brasileiras (MAYER, 2010; PETUCO, 2011, 2014).

No Rio Grande do Sul, em 2012, foi criada uma linha de cuidado em saúde mental que propõe a organização da atenção em saúde das pessoas a partir do PTS. É importante salientar que o estado foi também pioneiro na construção de uma Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria n. 503/2014, fortalecendo essa prática como diretriz de trabalho para qualquer profissional de saúde. Essa política compreende a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas, a promoção e prevenção de DSTs/HIV/Aids, a educação sobre drogas, o trabalho

em cenas de uso de SPAs, o Apoio Matricial e a articulação com a rede de cuidado (RIO GRANDE DO SUL, 2012, 2014).

Para a Pessoa em Situação de Rua – PSR, essa aposta em ações pautadas na realidade dela e do território em que ela circula, dialoga mais com o que é possível e não com um ideal. A ECR de Canoas adota a redução de danos como uma diretriz ética e política no cuidado da PSR. É através do processo de acolhimento e vinculação que se consegue adentrar na teia complexa que é a vida de cada sujeito, e a partir daí que ações vão sendo construídas.

Entre viadutos, praças, marquises e onde mais a vida urbana se trama, quem é essa gente que faz do tempo das ruas seu presente?

A construção do projeto do Consultório na Rua em Canoas iniciou em junho de 2014, porém a formação atual da equipe e as condições para atuação só se consolidaram a partir de dezembro desse mesmo ano. Desde então, tem-se realizado o cadastramento das PSR nos territórios mapeados, no intuito de conhecer o perfil dessas pessoas e planejar as ações em saúde, bem como auxiliar na construção de PTSs individuais ou para a comunidade de pessoas em situação de rua. Apresentamos a seguir um diagnóstico prévio da população atendida, a partir dos cadastros realizados até o momento (julho/2015). Algumas características que serão apresentadas podem conter distorções em função dos cadastramentos terem sido iniciados dentro dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Segundo uma publicação no jornal *Diário de Canoas* (2014), existe, no município de Canoas, 212 pessoas em situação de rua. Esse número é referente aos usuários que acessaram o Albergue Municipal ou foram abordados pelo Serviço de Ronda Social. Esse número não teve publicação oficial, porém é um levantamento da Secretaria de Desenvolvimento Social. Segundo uma pesquisa nacional (BRASIL, 2008), em torno de 30% das PSR acessam albergue/abrigo, e, levando em conta esse dado, acredita-se que a população de rua de Canoas seja superior ao número apontado na publicação.

A partir do banco de dados da ECR, constam 126 pessoas em situação de rua, sendo 82% homens e 18% mulheres que se encontram, em sua maioria, entre a faixa etária de 26 a 40 anos de idade. A equipe ainda não encontrou nenhuma criança, e somente um adolescente em situação de rua, em Canoas. Em relação ao tempo de rua: 25,6%, há menos de 6 meses, seguido de 20%, de 1 até 5 anos, e 12,8% com mais de 10 anos na rua.

Dessas pessoas, verificamos que 56% são naturais de outros municípios do Rio Grande do Sul, 24,5% são nascidas em Canoas e 10,4% são naturais de outros estados do Brasil. Quanto à escolaridade, a maioria dos usuários possui ensino fundamental incompleto (42,4%), sendo que foram cadastradas pessoas com distintos níveis de escolaridade, desde o analfabetismo até o nível superior.

Ao longo dos acompanhamentos, identificou-se que grande parte das demandas de saúde refere-se ao uso abusivo de álcool e de outras drogas/saúde mental, de saúde bucal, de HIV, de sífilis, de traumas e feridas. Dentre as substâncias psicoativas mais utilizadas pelas pessoas cadastradas destacam-se o uso do álcool, seguido do tabaco, do *crack* e da maconha. Sali-

ta-se, ainda, que 24% das pessoas referiram possuir algum tipo de deficiência, predominando a deficiência física.

As pessoas com as quais a equipe faz aproximações nos territórios, geralmente, circulam em grupo. Permanecem nas praças, embaixo de viadutos e marquises de prédios para se protegerem das intempéries, principalmente, com as adversidades que o inverno da Região Sul costuma trazer. Algumas se encontram em permanência ou em convivência, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locais onde a ECR tem trânsito e contato direto, muitas vezes, compondo o acompanhamento do Plano Terapêutico Singular junto com as equipes dos CAPS e outros serviços da rede. Casais formam-se nas ruas e, muitas vezes, têm filhos. Em seis meses de atuação, a equipe acompanhou ou teve contato com sete gestantes e uma mulher que havia tido bebê há bem pouco tempo antes do primeiro contato com a ECR.

As rotinas de vida, com as quais a ECR tem produzido encontros, se revelam de muitos jeitos. Modos, muitas vezes, incompreendidos pela sociedade moderna.

“A sociedade racionalista moderna tem na intervenção tecnológica, na produtividade, na otimização dos resultados, no planejamento estratégico, na busca de rendimento máximo, na secularização, seus caracteres peculiares. A razão, neste tipo de sociedade, é compreendida como a luz que norteia a construção da realidade projetada, que ordena, regula a marcha da sociedade rumo ao progresso” (NASCIMENTO E TORRE-SINI (orgs.), 1998, p. 36).

Faz parte do cotidiano das PSR a correria para darem conta da alimentação diária. Tem acontecido também com a distribuição de tarefas dos grupos. Assim, acontece a compra de bebidas alcoólicas, por exemplo, e outras estratégias de sobrevivência. Dez por cento das pessoas refere possuir cães como animais de estimação, possibilitando vínculos de afetos entre elas e seus cães. Dizem que eles também proporcionam segurança, dando sinais quando alguém estranho se aproxima.

A maioria das pessoas atendidas pela ECR não possui documentação e nem os cartões que proporcionam o acesso ao atendimento integral e longitudinal de saúde, neste caso, o cartão nacional do SUS e o Cartão Canoas Saúde. Um dado relevante nesta pesquisa se refere à fragilidade socioassistencial no município de Canoas, pois mais de 85% das pessoas atendidas pela ECR referiram não ter realizado ainda o Cadastro Único, o que inviabiliza o seu acesso ao Programa Bolsa Família, assim como a cursos profissionalizantes e outros direitos que deveriam ser garantidos às PSR. Entende-se que este dado também se refere à dificuldade de acesso das PSR em função da localização dos serviços como Centro Pop e Albergue.

Um dado interessante é a diferença de prazo de permanência no albergue, para quem é ou não do município de Canoas. Pessoas naturais de outros municípios têm prazo menor que o de quinze dias, tempo dado para quem é natural de Canoas. Isso ainda é muito presente neste e em outros municípios da Grande Porto Alegre. É importante considerar que faz parte da dinâmica das PSR circularem de uma cidade a outra, e o princípio universal do SUAS prevê o direito de acessar os espaços de acolhimento da assistência social sem distinção, inclusive de prazos.

Foi possível identificar que, de um total de 126 pessoas atendidas, 14,5% já saíram da situação de rua e se encontram domiciliadas, atualmente, no município de Canoas/RS. Até o momento desta pesquisa contabilizaram-se três óbitos.

A partir desses dados, entende-se a importância de um planejamento de ações em saúde que leve em conta as especificidades locais, ou seja, as dinâmicas da cidade e dos territórios existenciais das pessoas atendidas, bem como a reflexão diária do processo de trabalho construído pela equipe e os objetivos que se deve priorizar enquanto política pública.

Portanto, um processo de trabalho que garanta a continuidade de uma história de lutas pelo cuidado em liberdade e integral, produzindo e exercitando diariamente as redes de atenção, sejam elas setoriais ou intersetoriais, com o objetivo de fortalecer a autonomia e o protagonismo da pessoa acompanhada é o que se propõe uma equipe de saúde como a ECR.

Considerações finais

É notável que hoje se inauguram no Brasil políticas públicas, na área da saúde e da assistência social, inovadoras para as pessoas que se encontram em situação de rua. Trazem consigo uma importante diretriz que é considerar a autonomia na vida das PSR, mesmo daquelas que fazem uso intensivo de álcool e de outras drogas. Sabe-se que a construção do SUAS muito se assemelha ao SUS quando considera e aponta a necessidade da participação social na construção das políticas públicas e nos fazeres do dia a dia, onde as práticas de cuidado acontecem. Hoje, existe no Brasil o Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua (MNPSR), composto por pessoas que estão ainda vivendo nas ruas ou que já viveram. Esse movimento tem conseguido lutar pela garantia de direitos e dar visibilidade às diversas questões dessa parcela da população. O papel do trabalhador de saúde é estimular e apoiar a existência de organizações políticas locais para a conquista de direitos dessas pessoas e que elas reivindiquem e falem das suas necessidades por si mesmas.

A equipe do serviço de Consultório na Rua de Canoas também considera, como fator principal nos acompanhamentos, essa autonomia das pessoas atendidas em relação ao cuidado de si. A partir disso, procura colocar como essência, nas aproximações com o público atendido, muita escuta, afeto, horizontalidade nas relações de poder, respeito, ética, sigilo e outras ações importantes para assegurar, com muito cuidado, aquilo que lhe é trazido das histórias contadas, escutadas e das ações compartilhadas. A articulação de redes de atenção, o cuidado em liberdade e as práticas de redução de danos também são fundamentais no processo de trabalho da equipe.

Ainda é necessária a presença mais constante de outras políticas e da melhoria das que já existem: de habitação, de esporte, de cultura e lazer, de geração de renda e trabalho, da própria saúde, da construção de novos espaços de acolhimento na política de assistência social no município e um maior investimento naqueles que já existem. Afinal, as pessoas em situação de rua precisam de políticas articuladas e integradas para conseguir superar a realidade de extrema vulnerabilidade social em que se encontram. Esse grupo populacional possui e desenvolve outros jeitos de se colocar no mundo, e é a partir da observação, da aceitação e da aproximação com esses outros modos que se faz viável a construção, em conjunto com os atores envolvidos

nos processos, políticas que serão resolutivas, inclusivas e para, além disso, vínculos de afeto. Faz-se fundamental continuar a crer que é através da organização política da sociedade civil que surgem as conquistas. O Serviço de Consultório na Rua nasceu daí.

“Nada podes ensinar a um homem. Podes somente ajudá-lo a descobrir as coisas de si mesmo...” Galileu Galilei.

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. São Paulo. [Dissertação]. Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.029, de 20 de maio de 2014, que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as equipes de consultório na rua em suas diferentes modalidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/123864-1029.html>. Acesso em: 27 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura de Saúde da família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 123, 25 de janeiro de 2012, define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html. Acesso em 1/8/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 122, 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 29 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 1. ed. 1. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abril de 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/sumarios-executivosde-pesquisas/2008/pesquisa-nacional-sobre-a-populacao-em-situacao-de-rua/pesquisa-nacional-sobre-apopulacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 10 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990 a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 de julho de 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

BÜCHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra (orgs.). **Recursos e estratégias do cuidado**. [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

DELEUZE, Gilles. **Spinoza: filosofia prática**. Trad. Daniel Lins Fabiens. São Paulo: Ed. Escuta, 2002.

DIÁRIO DE CANOAS. **A vida de quem mora na rua**. Canoas, p. 3, 18 agosto 2014.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da educação profissional em Saúde. Verbetes: Equidade em Saúde**. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em 30 de junho de 2015.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha. **A Contribuição do Centro de Referência em Redução de Danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Em: SANTOS, Loiva Maria De Boni. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010, p. 87-98. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/files-publications/arquivo48.pdf>. Acesso em 31 de julho de 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos**. Campinas. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-07.pdf>, 1999.

NASCIMENTO, Mara Regina; TORRESINI Elisabeth (orgs.). **Modernidade e Urbanização no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 170p. (Coleção História, 24), 1998.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Redução de Danos**. Em: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). **Álcool e outras drogas**. CRP-SP: São Paulo, p. 127-137, 2011.

_____. **Redução de Danos: Das técnicas à ética do cuidado**. Em: RAMINGER, Tatiana (org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: REDEUNIDA, p. 133-148, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de cuidado de saúde mental**. 2012. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/244/?Linha_de_Cuidado_de_Sa%C3%BAde_Mental. Acesso em 2 de agosto de 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria n.503/2014, de 2 de julho de 2014, institui a política de redução de danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DTS/Aids e redefine as composições de Redução de Danos. **Diário Oficial do Estado**. Porto Alegre, 2014.

Redução de danos como ética do cuidado

Daniel Araújo dos Santos¹

Resumo

O presente texto tem como objetivo propor a redução de danos como uma ética do cuidado, para além de uma estratégia clínica. Desse modo, articular a experiência com casos do Consultório de Rua e do CAPS Ad no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, pautado por esta ética. A redução de danos pensada como ética significa que estamos olhando para uma necessidade do usuário, em suas demandas de saúde, entretanto, levando em conta seu desejo, suas necessidades e, portanto, sua singularidade. Com isso, o uso de drogas deixa de ser visto somente como uma doença, ou um “pecado”, ou ainda um ato criminoso para transformar-se em possibilidade. Pensar em redução de danos coloca o profissional como um interlocutor, que auxilia a criar obstáculos junto com o interessado em relação ao uso prejudicial, e apresenta outras possibilidades, para além do uso de drogas. Sendo possível uma construção de saúde mesmo com o uso de alguma substância psicoativa, ou com até mesmo um uso supervisionado, para que o cuidado em outras demandas de saúde, que não estão relacionadas diretamente com a substância psicoativa, possam se estabelecer. Para tal são apresentados dois casos acompanhados pelo Consultório de Rua e pelo CAPS Ad, para os quais foram propostos cuidados compartilhados.

Faz aproximadamente duas décadas que a redução de danos (RD) vem sendo construída e que podemos entendê-la de diferentes pontos de vista, de acordo com o momento político, histórico e social que vivemos. No princípio, por volta dos anos 1980, ela era uma estratégia de prevenção do HIV/Aids, para usuários de drogas injetáveis, mas o foco na prevenção se expandiu e a RD pode ainda ser entendida como uma forma de tratamento, uma estratégia de cuidado, uma diretriz de trabalho e assim por diante. O objetivo deste texto é apresentar a RD, a partir de dois casos, como uma diretriz de trabalho, acompanhada de uma ética do cuidado, e, assim, ampliar o trabalho terapêutico na perspectiva da atenção integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (AD). Para tal, foram discutidos dois casos nos quais a redução de danos foi utilizada como diretriz e ética que orienta o trabalho terapêutico.

Antes de entrar nos casos, é importante fazer algumas considerações sobre a RD e o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da saúde pública. Na articulação e intersecção que

¹ Psicólogo graduado pela Universidade de Caxias do Sul. Formação em tutoria do Projeto caminhos do Cuidado – Formação em saúde mental (*crack*, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem. Pós-graduando em educação permanente em saúde, através do projeto EPS em Movimento UFRS. Analista em formação pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre. Coordenador do Consultório de Rua de Caxias do Sul. Trabalhador do CAPS Ad de Caxias do Sul.

há entre a RD e o SUS, ressaltamos a materialização dos princípios do SUS. A RD pode ser definida pelas estratégias que visam reduzir os malefícios do uso de substâncias, pensando em um cuidado integral, respeitando a singularidade e o desejo de cada sujeito. Portanto, as orientações em RD objetivam um menor prejuízo, ou pela abstinência, ou pela abstinência por um determinado tempo, ou, ainda, pelo uso controlado. Como exemplo, citamos quando uma pessoa está com uma doença bacteriana e fazendo uso de antibiótico, sendo que nesse período precisará ficar abstinente de álcool para reduzir danos. Entretanto, o que precisa ser observado nessa ética de cuidado é a não violação dos direitos humanos (CONTE, MAYER, REVERBEL, SBRUZZI, MENEZES, ALVES, QUEIROZ, BRAGA, 2004). Para praticar RD com pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA), precisa-se pensar, então, em uma ética que não viole esses direitos. Nesse sentido, interroga-se: se tratamentos baseados pela abstinência, quando muitas vezes produzem exclusão, poderiam ser considerados dentro dessa ética?

Os argumentos que respaldam a construção desta proposta encontram-se na legislação do SUS (BRASIL, 1990) e na Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Segundo a Lei n. 8.080 do SUS os princípios do SUS são universalidade, integralidade e equidade. A universalidade diz respeito ao acesso universal aos serviços de saúde. Os usuários não precisam estar enquadrados em determinada categoria para que possam ter acesso aos serviços públicos. Então, a pessoa que faz uso de alguma SPA não precisa ter o desejo de parar de usar álcool e outras drogas para ter acesso ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS Ad), bem como a abstinência não pode ser uma exigência para o início e/ou a continuidade do cuidado, pois isso produziria exclusão de todos que não se encaixam nessa condição. O tratamento aqui deve ser flexível, pensado e articulado com cuidado, sendo que um dos significados da palavra “cuidado” está ligado à cautela e diligência. O tratamento não deve ser entendido somente no sentido biomédico, ou de uma ortopedia/controle do comportamento. Tratamento é o modo de tratar alguém, no qual tratar é cuidar, o que difere, então, do controle, em que a relação é totalmente verticalizada, na qual o profissional determina a direção do tratamento para o usuário. Algumas exigências ao acesso à saúde, como estamos situando, funcionam como barreiras/obstáculos, e para além desses há, também, questões jurídicas, tais como: não ter documentos, restrições legais, falta de apoio, suporte familiar/social e de recursos financeiros para seguir um tratamento, entre outras. A RD, enquanto ética do cuidado, se apoia no princípio da universalidade por não apresentar a exigência da abstinência *a priori*, para o acesso ao tratamento.

A integralidade é o conjunto de ações que devem ser desenvolvidas tanto individualmente como coletivamente, em todos os níveis de complexidade, visando à prevenção, à promoção da saúde e à reabilitação psicossocial. Pensar em um cuidado integral é não fragmentar o sujeito que se apresenta para nós e pensar que, para além do problema que ele está nos apresentando, há uma complexidade que precisa ser acolhida. Os sujeitos são constituídos por dimensões psíquicas, biológicas, sociais, culturais, econômicas, espirituais, entre outras, e estas estão articuladas. Para que de fato possamos ter um cuidado integral, é necessário fazer uma análise e logo em seguida fazer movimentos de síntese, produzindo deslocamentos de sentido e ampliando a visão e a escuta clínica, caso contrário, estaremos novamente fragmentando e encarcerando os sujeitos.

A integralidade não significa dar conta de tudo, pois isso corresponderia ao *furor curandis* ou a uma fantasia infantil de onipotência. Antes disso nos cabe compreender a complexidade do ser humano e não o reduzir a uma ou a outra dimensão. Nesse sentido, podemos nos perguntar: a especialidade atendida no CAPS estaria a favor de uma fragmentação dos sujeitos? Quanto aos CAPS não se trata de fragmentar, mas de reconhecer a complexidade da vida humana, e, mesmo sendo um serviço especializado, não se deixa de considerar que a problemática que um usuário apresenta vai além dela própria, como o uso de álcool e outras drogas. Essa questão envolve algo de seu psiquismo, da ordem familiar, biológica, cultural, legal e social, estilo de vida e de consumo, por isso que o grande desafio é pensar no trabalho em rede, que deverá ser intersetorial. A fragmentação, que é o oposto da integralidade, ocorre quando o cuidado fica centrado no uso de álcool e outras drogas, na dimensão biológica, desconsiderando inclusive que existe um sujeito implicado nessa problemática.

A RD é um modo de tratamento e cuidado para as pessoas que usam drogas, e muitos que trabalham com esta diretriz percebem, na prática, que, frequentemente, há uma oposição com modelos que impõe à abstinência, ao invés de trabalharem de forma complementar. Além de a RD ser universal, ela é integral, porque compreende não ser possível reduzir a pessoa a um “drogado”, alguém que se corrompeu do “bom caminho”, ou alguém que tem uma “falha de caráter”, ou mesmo que é um “doente crônico” e sem saída. Portanto, a fragmentação do sujeito faz com que a droga seja colocada no centro da questão, tornando-se a causa de todos os males, e somente ela. Desse modo, não se leva em consideração outros determinantes sociais ligado ao problema de consumo de álcool e outras drogas, tais como: pauperização, violências, situação de rua, o desemprego, moradia precária, baixa escolaridade, falta de qualificação profissional, entre outros. E, por outro, que também a droga pode ser, em muitas situações, uma defesa psicossocial possível para determinada pessoa, em um determinado contexto e momento de vida. As orientações que compõem as estratégias de RD apontam para a integralidade, pois quando se distribuíam agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis o que se pensava era na integralidade do cuidado, porque muitas doenças podem ser contraídas e levar o usuário à morte. Ou, quando se fazem orientações sobre alimentação, sono, cuidado de higiene, se está pensando em coisas que vão para além da droga, todavia que dizem respeito ao sujeito e à integralidade.

A equidade é o princípio que se refere a oferecer o tipo de atenção que cada um necessita, isto é, tratar com diferenças os diferentes. Esse princípio possibilita que todos tenham acesso à saúde, respeitando a singularidade de cada sujeito. É um conceito que expande a questão de igualdade, pois a igualdade por vezes é injusta, sem falar que tratar todos igualmente significa uma negação das diferenças. Então, quando não há consideração pela diferença, não é possível que a alteridade cumpra função e seja apreciada, esse seria um modelo de “ditadura” onde só pode haver uma única verdade absoluta. Por exemplo, se considero que todos são iguais, posso exigir que um cadeirante suba uma escada, pois, se ele é igual a mim e eu subo, logo ele também deve subir independente de suas condições para isso. É óbvio que isso não é possível, e, sendo assim, se criam estratégias de acessibilidade, se constroem rampas, elevadores para que o sujeito que é cadeirante possa ter o mesmo acesso que um não cadeirante. Isso se baseia no princípio da equidade. Quando se fala em saúde é necessário conhecer as singularidades dos sujeitos que



buscam os serviços de saúde, pois a integralidade abarca as dimensões biopsicossociais. Nesse ponto, percebe-se que os princípios do SUS se articulam de um modo radical. A redução de danos radicaliza a equidade, pois garante o acesso mesmo que o desejo do usuário não seja o mesmo do suposto imaginário dos profissionais de saúde, articula os princípios de integralidade e, também, os de universalidade.

Essa radicalidade da RD amplia o objetivo do tratamento para pessoas com uso prejudicial de drogas, na medida em que afirma que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado. Deve-se levar em consideração o desejo do sujeito, o momento que ele vive, a noção de risco, a relação que estabelece com a substância, as questões clínicas e psíquicas e a partir daí pensar em estratégias de cuidado (BRASIL, 2003). Além disso, a questão primordial é a relação que se estabelece com a droga e não a droga em si, como já foi sinalizado. A relação que as pessoas estabelecem com as drogas pode ser a mais variada possível. Assim como as relações humanas, a relação com a droga pode caracterizar-se como um “ficar”, apenas uma saída para uma noite de sexo, um casamento, uma amizade (TOROSSIAN, 2015). A questão da dependência antes de tudo é a quantidade/intensidade, porque o ser humano é um ser dependente, depende de outros para viver, inclusive, mas, quanto mais dependência tiver, maior será a autonomia (TYKANORI, 1996).

Portanto, o uso prejudicial de álcool e outras drogas é uma questão de relação. Para exemplificar, lembro-me do filme *A Era do Gelo*, no qual um esquilo persegue incessantemente uma noz. Mesmo ele sendo um personagem do filme, ele está ausente como sujeito. Porque não se sente notado por ninguém e, mesmo querendo reconhecimento, o que lhe importa é a noz. Essa forma de relação faz com que ele fique dependente da noz, sendo somente ela que lhe satisfaz, mesmo que imaginariamente a queixa é pela falta de reconhecimento. A redução de danos enquanto ética permite compreender essa relação, sem demonizar a droga para, então, intervir com o usuário e não por ele, e não focar sobre a droga e seu controle. Eis outra diferença da ética do cuidado, pois a relação que se estabelece com o usuário é horizontal. E o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é construído em conjunto. Nesse sentido, não é possível tratar através de prescrições construídas *a priori*, cada um terá que encontrar um modo de subjetivar suas demandas (FREUD, 2011/1930). O profissional se coloca ao lado em uma relação horizontalizada, entretanto não se trata de se confundir, porque é importante que usuário e profissional ocupem distintos lugares. O usuário ocupa o lugar de protagonista de seu próprio cuidado, de corresponsável, e a ele não é exigida a abstinência. O profissional se coloca ao lado do usuário, não em um lugar de completa simetria, entretanto, tampouco ocupa um lugar de superioridade, mas a esse é exigida abstinência de seu desejo, de seus ideais e da sua necessidade de reconhecimento e de êxito.

Dois casos serão apresentados a seguir para situar, na prática clínica, a radicalidade da RD, como uma ética do cuidado.

Caso 1 – Lise

Lise é uma usuária de 28 anos. Há três anos, levou seis tiros de seu companheiro, ocasionando uma laparotomia (abertura cirúrgica da cavidade abdominal). Ela não suporta a internação hospitalar e sai antes que tivesse plena condição física em relação ao procedimento cirúrgico.

Lise é usuária de *crack* de modo abusivo e prejudicial. Quando foi encontrada pelo Consultório de Rua, a cicatriz incisional estava infectada, drenando secreção purulenta, além disso, com uma “fistula” logo acima do umbigo que drena diurese. Ela ficou incontinente, tendo que fazer uso de fraldas. Lise perdeu o contato com a família, somente um irmão mantinha contato, porém não sabe se ele está preso ou se foi morto. Lise mora em um barraco, que também serve de local de consumo de drogas. O Consultório de Rua, durante um ano, foi trabalhando o vínculo com a usuária, agendava consultas médicas, mas a usuária não comparecia. Em uma intervenção, ela aceita ir para o CAPS Ad e fica no acolhimento noturno. A intenção era prestar cuidados para que sua ferida operatória curasse e agendar consulta médica para verificar a possibilidade de reversão da incontinência urinária e desbridar a ferida infectada. Esse era seu PTS, pois sua demanda se relacionava com as dores na barriga e o uso de fraldas. Quando chega ao CAPS, ela refere o seguinte para a psiquiatra: “Eu não vim por causa do *crack*, não quero parar de usar. Eu vim cuidar da minha saúde”. Ela fica dois dias e vai embora. Nesse tempo, o CAPS tinha conseguido agendar consulta com o cirurgião geral. Passado alguns dias, ela retorna ao CAPS sozinha dizendo que tinha se perdido, irritada por entrar em ruas erradas. Isso foi em uma quarta-feira, e a consulta médica era na outra quarta-feira, portanto teria que ficar uma semana no CAPS. Ela ficou em acolhimento noturno, mas estava consumindo *crack* debaixo das cobertas, até que foi descoberta e seu cachimbo recolhido. Na sexta-feira à noite, solicita para que fosse levada para casa, sendo pontuado que não seria possível, porque não havia carro naquele momento. E que entendíamos que seria importante ela ficar, pois teria consulta dentro de alguns dias. Ela refere que está muito fissurada, então foi realizado um acompanhamento terapêutico para fora do CAPS e ela consumiu *crack*. Na quarta-feira depois da consulta, voltou para casa, até alguns dias antes do procedimento cirúrgico de desbridamento. Esse procedimento resolveu parcialmente sua demanda, porque melhorou a questão da infecção da incisão, no entanto a obriga a seguir usando fraldas. Após ter realizado o procedimento cirúrgico, ficou em acolhimento noturno para cuidados do pós-operatório.

Ela começa a fazer do CAPS a sua casa, pois ela queria ficar no acolhimento noturno. Nesse momento, entra outro dispositivo, os abrigos da assistência social, visto que ela estava precisando de abrigagem. Como ela utiliza fraldas, não se sente bem em outros locais para além do CAPS. A assistência do município também não está preparada para receber uma usuária complexa como essa, eles também se assustam com ela. O que vamos compreendendo é da importância de mais uma referência entrar nessa relação. Então, vamos fazendo combinações de ela dormir uma noite em cada lugar, uma no CAPS e a outra no abrigo da assistência. Ela aceita a proposta. E muitas vezes resolvia que iria para sua casa, e sempre a luta foi respeitar o tempo e o desejo de Lise. Quando começamos a intervenção, não saía de seu território, parecendo não ter muita saída, agora escolhe qual lugar gostaria de dormir, e ainda que essa escolha seja muito incipiente aponta para certa autonomia.

Em outro momento, Lise chega ao CAPS dizendo que gostaria de se internar, porque está usando muito *crack* e “*não está mais pela droga*”. Nesse discurso aparece mais um deslocamento e um paradoxo. Ela reconhece que há um consumo de drogas abusivo e que isso está lhe causando problema. O paradoxo é que ela não está pela droga, não é a droga que lhe traz



ao serviço, então não é o uso de droga e não é o parar de usar que está em questão, mas sim outra coisa, a saber, o sofrimento, o reconhecimento de que algo lhe falta, e que ela pode buscar em outro lugar, para além da droga. Aqui há uma passagem da necessidade da droga para uma demanda de cuidado.

Lise estabelece vínculo com o serviço e pode-se observar isso em dois aspectos. Primeiro, que ela consegue, até certo ponto, se dar conta do uso prejudicial de drogas, porque vem pedir ajuda no CAPS Ad. Segundo, ela fala para a equipe do CR: “Vocês estragaram a minha vida, antes de vocês aparecerem minha vida era melhor”, e compreendemos que isso é uma projeção, porque para a usuária sua condição torna-se insuportável. Inicialmente, desperta na equipe o sentimento de raiva, porque sua vida não havia piorado, pois a equipe tinha consciência que a vida de Lise não estava pior e que o serviço não poderia se responsabilizar por tudo que acontecia na sua vida, como no exemplo que roubaram algumas coisas da sua casa. Quando a equipe para e reflete, percebe que realmente a vida de Lise “piorou”, pois interditou uma relação que antes era apenas dual, ela e o *crack*, abrindo outras possibilidades de escolha e de laço social, mas que ela agora teria que se confrontar com o real de seu corpo, suas necessidades orgânicas e exigências pulsionais – a vida ficou complexa, não se resolve mais só com a droga. A equipe percebe que antes Lise fazia uma negação radical de seu corpo, agora estava tendo que dar conta da realidade, com poucas condições para isso. Quando isso foi compreendido, o sentimento de raiva da equipe se dissolveu e foi possível pensar em intervir com a usuária, podendo acolher seu sofrimento, porém responsabilizá-la, para que pudesse ter o maior nível de autonomia possível.

Segue o Projeto Terapêutico Singular de Lise, que diz respeito a sua principal demanda: parar de usar fraldas. Para tal, compartilha-se o cuidado com o urologista e são realizados exames para que se possa compreender qual é a real lesão que existe e desse modo quais suas possibilidades. Na atualidade, está se aguardando o parecer do urologista.

Lise segue em acompanhamento do Consultório de Rua e do CAPS Ad.

Discussão

A RD nos propõe que o cuidado e o tratamento do usuário de álcool e outras drogas se faça no próprio território, pois se compreende que, se o problema foi criado no território, é lá que deve se resolver. O Consultório de Rua (CR), no caso de Lise, foi até onde ela estava, na sua casa, que também é um fumódromo. A partir desse lugar é que foi possível a criação de um vínculo com ela, entendendo que esse é processual, que liga, ata as pessoas, mas que depende de vários fatores, entre eles de como os profissionais se responsabilizam pela saúde dos usuários e de como o próprio usuário e sua rede social e de apoio são convidados a serem também corresponsáveis pelo processo de saúde (BRASIL, 2009). A equipe do CR ficou de referência para a usuária, e dessa forma é essa equipe que conduz o caso, responsabilizando-se de forma compartilhada pelas questões de saúde. O vínculo não pode prescindir em especial da concordância do próprio usuário. Trata-se de estabelecer uma relação baseada na singularidade do sujeito e o processo de cuidado baseado nas necessidades, possibilidades e desejo do usuário.

A entrada do Consultório de Rua na vida de Lise possibilitou um deslizamento, uma interdição na relação com a droga. A relação que ela tinha com o *crack* era dual, somente ela e a droga e nada mais, sem alteridade, sem interdição, puro gozo e entrega sacrificial (DOR, 1996; NASIO, 1993). A tal ponto desconsiderava seu próprio corpo, pois mesmo com as feridas, com a incontinência urinária, com a dor que sentia, não havia outro movimento além de se intoxicar pelo *crack*, para minimizar o sofrimento sentido. O que lhe era possível era negar essa realidade, entretanto essa se apresenta agressivamente, então a saída era alterar a percepção do mundo. O Consultório de Rua interdita a ilusão de completude que o uso de *crack* propõe, abrindo a possibilidade para outras relações. Para exemplificar, o esquilo do filme *A Era do Gelo*: para o esquilo a única coisa que lhe importava era a noz. Ele não se relacionava com mais nada, fazendo uma negação da realidade e superdimensionando o valor e a função da noz na sua vida. O caso de Lise faz lembrar muito esse filme.

A vinculação com a equipe do CR abriu a possibilidade de ampliar/colocar o olhar para o próprio corpo. Por isso que depois ela acusa a equipe de ter estragado sua vida, quando diz que antes sua vida era melhor, que agora está tudo pior. Esse seu discurso aparece porque ela precisa, nesse momento, projetar os seus sentimentos ruins, em outras palavras, colocar a culpa em alguém, chamar mais alguém à responsabilidade sobre a complexidade que se tornou sua vida, quando passa a se dar conta que não basta mais somente as drogas e que ela não consegue dar conta de sua vida sozinha.

A evolução de Lise é que na atualidade ela consegue exigir cuidado nos serviços de saúde e os procura espontaneamente. Ela consegue se dar conta de seu sofrimento mesmo utilizando o mecanismo da projeção, visto que para ela a realidade que se apresenta imperativamente é insuportável.

O vínculo que ela estabelece com o CAPS Ad e o CR se assemelha no início com a relação dual que tinha com o *crack*, entretanto a função desses serviços é de apresentar a ela um intervalo para constituir bordas simbólicas, e desse modo ela consegue emocionalmente perceber que não é a única e nem a especial, mas que é uma usuária e que tem um lugar de pertencimento nos serviços e na cidade. No PTS outros dispositivos como os abrigos da assistência ajudaram no estabelecimento de limites. Lise transfere para a equipe do CR a função materna, entretanto agora pode ser vivenciada de outro modo, pois a equipe apresenta a ela a interdição (limitando a relação do sujeito com a droga), mesmo que vinda de fora, promovendo avanços terapêuticos.

Caso 2 – Alex

Alex, 37 anos, adotado, é usuário abusivo de álcool. A mãe adotiva já é falecida. O pai adotivo constituiu nova família e abandonou-o. Hoje ele tem vínculo com uma irmã, também da família adotiva, que mora no mesmo município. Ela é casada e tem dois filhos. Ele possui mais de 40 internações em hospitais psiquiátricos ao longo de sua história de vida. Para apresentar esse caso, vamos nos ocupar dos últimos três anos de acompanhamento do usuário.

Alex, por um bom tempo, só frequentava o CAPS quando precisava ser internado, não participando de atividades e nem do acolhimento noturno. Ao longo desses três anos, foi se estabelecendo outra relação com o usuário, porque ele passa a buscar o CAPS Ad como um espaço



de cuidado. No início, ele sempre aparecia quando estava intoxicado por álcool e com ideação suicida, referindo que queria acabar com seu sofrimento. Ele estava em situação de rua, e em alguns momentos ficava abrigado no albergue municipal, local com o qual possuía bom vínculo. Entretanto, nos dois últimos anos, seu estado clínico foi piorando e foi se aproximando cada vez mais do CAPS Ad. Alex faz um vínculo adesivo com a equipe do CAPS Ad. Para ser acolhido no serviço, chegou muito mal, além de intoxicado com alterações clínicas importantes, com saturação de oxigênio abaixo do normal, dispneia, hipertensão e tremores. Essa situação se repete por várias vezes, situação na qual a equipe fica paralisada, por um lado por não haver como atender em caso de emergência no CAPS e, por outro lado, por perceberem que as abordagens não provocavam mudanças, além do que esses comportamentos produziam rechaço na equipe. O técnico de referência vai testando várias intervenções, acolhê-lo, deixar na rua arriscando o máximo com a intenção de provocar alguma mudança, mas parecia que nada surtia efeito.

Foi feito contato com a irmã de Alex e ela se propôs a ajudá-lo, na medida do possível. Desde então, tem feito doação de roupas e se aproximado do usuário, porém não tem condições de levar o usuário para morar na sua casa.

Alex continua a repetir seu comportamento de risco, sai do serviço e vai beber, dorme em qualquer lugar, inclusive sob o sol, causando insolação. Com esse comportamento ele faz uma pneumonia importante e fica 23 dias no acolhimento noturno, e diz que quer ir para o albergue para ficar uns 40 dias. Algo que realmente acontece, entretanto Alex não possui tempo de contribuição para benefício e é necessário encontrar um local para ele morar. Em contato com a assistência, é encaminhado um benefício de prestação continuada, e esse foi deferido. Alex se estabiliza e fica abstinente do uso de álcool por algum tempo. Com o primeiro pagamento ele compra roupas, perfumes e sai com profissionais do sexo. Apaixona-se por uma integrante da equipe do CAPS Ad estabelecendo uma erotomania. Ele é encaminhado para unidade de acolhimento adulto, porém não quer ficar nesse lugar, abandonando-o. Realiza um empréstimo no banco e fica uns quinze dias sem aparecer nos serviços. Quando retorna, refere que “não está bem da cabeça e que vai matar a profissional da equipe se ela não ficar com ele”. Fica em uma ambiguidade, pois em alguns momentos ele tem certeza de que a profissional está apaixonada por ele, porque afinal ela o trata muito bem. Ele solicita internação, por “não estar bem da cabeça”. A equipe do CAPS Ad compreende que seria importante a internação, entretanto, o local que foi conseguido ele se nega a ir e agora está em surto agressivo. Conseguimos negociar com ele para ficar uma semana nesse hospital que não é de seu desejo, mas que depois encaminharíamos para outro local. Ele só aceita esse acordo mediante um papel assinado pelo Técnico de Referência (TR), pela médica e por um familiar de outro usuário que fica como testemunha. Ele vai tranquilamente para a internação, e a equipe garante a sua parte no acordo e depois de uma semana transfere o usuário de hospital, como era de seu desejo. Essa atitude da equipe vai estabelecendo um vínculo de confiança, que vai alargando as possibilidades simbólicas dessa relação, mesmo com todas suas limitações. É o que podemos conceituar como clínica ampliada.

A situação atual é que Alex segue sem local para ficar, porque não consegue administrar o dinheiro que recebe. Então, a equipe do CAPS Ad faz a seguinte proposta para ele: “seu cartão e senha ficarão com sua irmã, que pagará sua pensão, e o restante do valor ficará a seu

dispor”. Esta foi à estratégia para tentar garantir o valor de moradia. A situação que ele coloca à equipe é delicada, pois segue repetindo o modelo de gastar todo o dinheiro com profissionais do sexo e drogas.

Alex fica em acolhimento noturno por dezesseis dias e vai para uma casa de passagem até receber seu salário, essa é a proposta que foi feita a ele, a qual acaba aceitando. Esse caso avançou até aqui, agora é importante fazer uma breve discussão.

Discussão

Alex tem um diagnóstico de transtorno de humor bipolar e transtorno de personalidade *borderline*. Por esse diagnóstico se entende que ele possui vínculos frágeis e adesivos. Na maior parte das vezes, ele ataca o vínculo que estabelece. Utiliza-se do mecanismo de atuação colocando a equipe em uma situação delicada, sem muita saída e tendo que se submeter à sua vontade. Quando ele decide que tem que ficar no CAPS Ad, ou que tem que internar, acaba por fazer sintomas clínico-físicos importantes, que, para preservar a vida, a equipe fica sem alternativa, e precisa acolhê-lo. Para que seja possível um ambiente terapêutico, é necessário que se estabeleça um *setting* (ZIMERMANN, 1999) que possa criar obstáculos a uma entrega mortal, mostrando para o sujeito o quanto se coloca em risco e que por isso não pode tudo, ou seja, que há limites, que depende dos outros para compartilhar cuidado. São tomadas de decisão da equipe pautada pela RD. A orientação de não o deixar ficar todo o tempo no acolhimento noturno e disponibilizar para ele uma casa de passagem também vai na perspectiva RD, até ele receber o pagamento, como modo de mostrar-lhe que existe uma lei que é maior que todos, à qual estamos todos submetidos e é necessário que ele também se submeta a ela.

A ideia de o cartão ficar com sua irmã é um modo igualmente de interdito, de RD, e que de fato tenta garantir um local para morar, visto que a forma como consegue se organizar na rua é de alto risco. Ele concorda com esses acordos. Para tal, é realizado um contrato, assim como ocorreu na internação que foi apontada no caso. Como Alex não possui a interdição/limites, internamente isso precisa vir de fora. Colocar as coisas no papel é um modo de simbolizar e garantir que essa interdição se inscreva de algum modo, causando assim uma borda simbólica para o usuário, pois ele sozinho não está, nesse momento, conseguindo se cuidar, entendendo que necessita de cuidado básico, moradia e alimentação. O PTS de Alex aponta para as necessidades básicas, respeitando sua singularidade, estabelecendo um *setting* que permite que ele possa reconhecer que não é possível fazer tudo, e que, além disso, pode vislumbrar certa autonomia possível.

Considerações finais

Este trabalho teve por objetivo trazer experiências de casos para pensar a redução de danos como diretriz e ética para um cuidado integral. A redução de danos é mais que uma estratégia, ou um tratamento para controle do consumo de drogas, como muitos gostam de referir, pois ela permite pensar em outros caminhos, outros objetivos para além da abstinência



e da saúde. Com isso a redução de danos não é contrária à abstinência, entretanto é contrária à exigência da obrigatoriedade da abstinência como forma de acesso à saúde. Vimos nos casos apresentados que não foi preciso exigir a abstinência para que o usuário se vinculasse ao serviço a partir de sua própria necessidade, possibilidade e desejo, e construísse metas de saúde e de cidadania.

Com essa práxis é possível observar o quanto a redução de danos materializa os princípios do SUS, pois ela tolera a singularidade do usuário e suas escolhas, e isso aumenta a adesão ao serviço, porque não coloca restrição de acesso e respeita a universalidade. A equidade pode ser percebida na possibilidade de responder as necessidades singulares de cada usuário respeitando as diferenças. Isso permite fazer acompanhamento terapêutico com um usuário que deseja usar drogas e, também, os que desejam parar, com estratégias de cuidado que reduzam danos, sem deixar de lado demandas importantes de saúde, habitação, trabalho e renda, cultura e cidadania, entre outras dimensões da integralidade.

A Redução de Danos (BRASIL, 2003) é o que orienta as ações em saúde e na rede interseccional, no campo do consumo de álcool e outras drogas, sendo sempre uma estratégia, diretriz e ética do cuidado integral. Entender a RD como algo que não pode ser prescrito e sim construído de forma compartilhada é pensar que nada se sabe antes do encontro com o usuário, ou ao menos que nesse encontro o saber se horizontaliza entre técnico/equipes e usuários, permitindo trocas que não devem restringir-se às experiências passadas, mas investir na mobilização de recursos para um devir. Outra questão importante é que o ideal que, muitas vezes, os técnicos possuem em relação à saúde e aos estilos de vida em uma sociedade de consumo não pode ser encarado como sendo verdades para todos. Por fim, a chamada cura que também remete, frequentemente, aos ideais da instituição não pode se tornar um objetivo-padrão e igual para todos. Para que seja possível um encontro com essa magnitude da alteridade de onde permite emergir a singularidade, é necessário que o técnico/profissional/equipe ocupe o lugar de “sem desejo”, abrindo mão de seus ideais e sem necessidade de chegar à cura, entretanto ocupar esse lugar não significa indiferença com o paciente, mas não fazer do seu desejo a diretriz do cuidado singular. Por vezes, o profissional irá emprestar o seu desejo, o seu “corpo” para o usuário para que desse modo possa surgir, ou se constitua um desejo próprio no usuário.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2009.

CONTE, M.; MAYER, R. T. R.; REVERBEL, C.; SBRUZZI, C.; MENEZES, C. B.; ALVES, G. T.; QUEIROZ, R.; BRAGA, P. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim da Saúde*, 18, 59-77, 2004.

DOR, J. *Clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros trabalhos*, v. 18, p. 13-122, P. C. de Souza, trad. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930), 2011.

NASIO, J-D. *5 lições sobre a teoria de Jaques Lacan* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1992), 1993.

TOROSSIAN, S. D. Paixões e Químicas. *Jornal Virtual Sul21*, publicado em 24 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/2012/04/paixoes-e-quimicas/>. Acessado em 7/7/2015.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Em busca da adesão à vida

Alda Regina Soyaux¹
Sandra Luiza Mondin²
Yara Unis Castan³

Resumo

Este capítulo relata o Plano Terapêutico Singular de uma paciente internada por conta da tuberculose e comorbidades no Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS), que chamaremos de D. O caso foi escrito por uma equipe multidisciplinar da internação feminina e teve, além de uma equipe de referência, demais profissionais que assumiram responsabilidades compartilhadas. Este relato esclarece os passos do Plano Terapêutico Institucional (PTI) em implantação no hospital (2012-2015), da acolhida ao pós-alta, sendo o fio condutor o Plano Terapêutico Singular, e descreve as abordagens durante o processo terapêutico, que foram necessárias, tendo em vista as condições de vulnerabilidade social e o quadro psíquico de psicose associado com uso abusivo de drogas.

O Plano Terapêutico Singular⁴ relatado refere-se a uma paciente internada no Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES/RS), chamada de D. O caso foi escrito e acompanhado por uma equipe multidisciplinar da internação feminina.

D, mulher de 23 anos, grávida com dezoito semanas de gestação, apresentava tuberculose pulmonar ativa no momento da baixa. Suas condições de cuidado eram bastante precárias, em função de seu quadro psíquico e do uso abusivo de drogas. Internou para o tratamento de tuberculose em 12/11/2014, transferida do Hospital Fêmina (hospital geral que tem SUS), especializado para mulheres, permanecendo aqui até 5/1/2015.

Ao chegar ao HSP/SES/RS, a paciente foi recebida pelo médico de plantão, enfermagem e serviço social. O acolhimento foi realizado pela equipe interdisciplinar de referência da ala de internação feminina, composta por médico assistente, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta e enfermeiro.

D. sabia da razão de sua internação no hospital e demonstrou interesse em tratar sua tuberculose, além de mostrar constante preocupação com seu bebê. Relatou ter outros dois filhos, ser moradora de rua, usuária de *crack* e portadora de Aids. Seus filhos, uma menina de 5 anos e um menino de 2 anos, foram encaminhados para adoção.

1 Psicóloga do HSP/SES/RS, especialista em Supervisão e Psicoterapia Psicanalítica.

2 Psicóloga do HSP/SES/RS, especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental.

3 Psicóloga do HSP/SES/RS, especialista em Psicoterapia Psicanalítica e mestre em Psicologia do Desenvolvimento.

4 Plano Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2008).

Em uma das poucas vezes em que a mãe e a avó de D estiveram no hospital (sempre a pedido da equipe), soubemos que D usava drogas desde os 10 anos, fazia programas sexuais para poder consumir *crack* e já havia sido muito agredida e abusada nessas situações. A avó e a mãe de D, residentes em casas no mesmo terreno, onde também ficava uma peça que era de D, informaram que já haviam sido agredidas verbal e fisicamente pela paciente e que esta não permanecia em casa por muito tempo, indo para a rua, em lugar incerto, para se prostituir e consumir drogas, deixando-as sem notícias por semanas. Esse relato serviu de alerta para o risco de fuga da paciente, bem como para a baixa probabilidade de adesão ao tratamento ambulatorial. Também foi considerada a situação de risco que vivenciava D, uma vez que já havia tentado suicídio e tinha passado por algumas internações psiquiátricas.

A partir da sua internação e após procedimentos de praxe, técnicos de diversas áreas avaliaram e acompanharam D ao longo de todo o período de internação. Diversas reuniões em equipe foram realizadas para o PTS de D a fim de disponibilizar um atendimento integrado à paciente, tal como está proposto no PTI (2015).

Durante todo o período em que esteve internada, no HSP/SES/RS, a paciente passou por diversos exames de rotina, acompanhamento médico, avaliação nutricional, acompanhamento psiquiátrico e psicológico, atendimento pelo serviço social e terapia ocupacional, bem como era constantemente atendida pela equipe de enfermagem, sempre atenta às suas necessidades.

Já nas primeiras avaliações, notou-se que a paciente apresentava pensamento desorganizado e por vezes incompreensível, característico de transtorno psicótico, bem como havia sinais de déficit cognitivo importante (raciocínio lento e discurso pobre). D falava muito em sexo, dizia-se excitada o tempo todo e contava ter sofrido diversos abusos sexuais ao longo de sua vida.

Percebia-se que a paciente era muito desconfiada com alguns técnicos e com outros não. O vínculo estabelecido, especialmente com um técnico de enfermagem, fez com que a paciente o convidasse para ser o pai de seu filho (D. não sabia ao certo quem era o pai biológico). Certa vez, em uma tentativa de fuga do hospital, esse mesmo técnico pediu que ela ficasse e ela prontamente o atendeu, demonstrando aspectos positivos decorrentes do tipo de vínculo que era capaz de estabelecer. Algumas características do técnico de enfermagem, como capacidade de empatia e continência e, até mesmo, o fato de ser homem favoreceu o vínculo e, por conseguinte, viabilizou o manejo da situação. A equipe foi entendendo cada vez mais a singularidade da paciente bem como aspectos relevantes de sua história, contemplados no PTS.

Em parte, a atitude de desconfiança da paciente vinha do temor de que lhe tirassem seu bebê, assim que ele nascesse, como havia acontecido com seu último filho em outro hospital, por ordem judicial. Sendo assim, a equipe tinha que lhe assegurar, constantemente, que seu parto seria realizado em instituição materno-infantil adequada e o futuro do seu bebê dependeria do que fosse melhor para ele, sendo que tudo seria previamente combinado com ela. A paciente também demonstrava constante preocupação com o pré-natal, queria saber o sexo do bebê e era mais colaborativa com a equipe quando lhe diziam que determinado procedimento era para o bem do seu bebê.

Passados alguns dias, D apresentava melhoras, com discurso por vezes coerente, sem o predomínio de conteúdo erótico, tão marcante nos primeiros dias. A paciente demonstrava interesse em participar de todas as atividades oferecidas pelo hospital (grupos terapêuticos, oficinas,

caminhadas, festividades, cinema, entre outros), também gostava de assistir TV e conversar com outras pacientes, com as quais, aliás, tinha bom relacionamento, não tendo sido registrado nenhum problema ou desentendimento.

Nas tentativas de oferecer oportunidades de convívio com os demais pacientes e desenvolver habilidades sociais, em consonância com o PTS elaborado, D participava de algumas atividades realizadas no HSP/SES/RS, dentre elas o grupo terapêutico coordenado por psicóloga da equipe. Quando estava no grupo, na maior parte do tempo, demonstrou satisfação por sentir-se acolhida pelos demais integrantes. Apesar de algumas limitações em nível cognitivo, e do comportamento infantil e regressivo, a paciente conseguia participar ativamente e expressar seus sentimentos, num misto de realidade e ideias delirantes, quase sempre associadas à sua história de vida, às suas experiências dolorosas e traumáticas. Referia sempre vivências de perdas e sofrimentos, como separação dos filhos (entregues à adoção), abusos sexuais, prostituição e drogadição.

Os integrantes do grupo mostraram-se solidários e sensibilizados com as histórias relatadas por D. Ela despertava mais empatia e compaixão do que rejeição no grupo. Em seus relatos ficava bastante evidente sua desconfiança, desesperança e carência afetiva. Sua autoestima era muito baixa. Aos poucos, com a ajuda e o estímulo dos demais pacientes, ela foi adquirindo mais confiança na relação com estes. Estabeleceu vínculos afetivos e conseguiu compartilhar, no ambiente grupal, seus sentimentos, reflexo de suas sofridas vivências. Mesmo sendo paciente com quadro psicótico, demonstrou lucidez em muitos momentos. Apesar das circunstâncias de seu estado mental, a paciente se beneficiou com a convivência em grupo, sentindo-se acolhida e pertencente ao grupo no qual não se sentia discriminada, mas aceita na sua singularidade.

Isso sinaliza que a indicação para participação em grupo não deve ser rígida e nem separar pacientes por diagnósticos, mas priorizar o respeito à singularidade, possibilidades e limites de cada participante. A equipe coordenadora deve propor um contrato de cuidado entre todos e tentar garantir que o grupo seja efetivamente um espaço com potencial terapêutico, no sentido proposto por Winnicott (1975).

Durante o período em que D esteve internada, a forma de relacionar-se com diferentes profissionais e a forma como se reportavam a ela fez com que seu comportamento oscilasse. Havia dias de tranquilidade e outros de agitação e, por vezes, episódios de agressividade dirigidos a funcionários. Esses episódios, geralmente, eram repentinos e desencadeados pela tentativa da equipe em realizar procedimentos de rotina (coleta de sangue, por exemplo) ou pela não aceitação de orientações da equipe. Conhecendo-a melhor, notou-se que era preciso explicar previamente e detalhadamente, de forma amigável, tudo que seria feito e o porquê. Também era recomendado que durante os procedimentos sempre tivesse um técnico de confiança da paciente acompanhando-a para tranquilizá-la.

Após episódios eventuais de agressividade, a paciente demonstrava arrependimento, dizia que não queria fazer aquilo, pedia desculpas, temia ser castigada e prometia não repetir tais comportamentos, o que não se cumpria, pois tinha dificuldades para controlá-los. Muitas vezes, inclusive, a paciente não conseguia desenvolver diálogo, o que dificultava o manejo verbal. Devido à gestação e ao quadro psicótico, começou-se a vislumbrar a possível transferência de D

para local mais adequado, não apenas pelo fato de a paciente pôr em risco a integridade física de outros, mas também pelo constante risco de fuga.

A fim de evitar novas intercorrências e por orientação da psiquiatria do hospital, a paciente ficou mais restrita ao leito. Na impossibilidade de aumentar a medicação devido à gestação, tentou-se diminuir os estímulos. Inicialmente, D ficou bastante contrariada. Tal medida visava ser temporária, pois também se acreditava na socialização com demais pacientes a fim de que seguisse desenvolvendo habilidades para o convívio social, possibilitando experiências diferentes das vivenciadas na rua e em casa, muitas vezes, marcadas pela violência.

A cada dia, aumentava a preocupação de D com o seu futuro e o do bebê. Queixava-se da ausência de seus familiares. Sentia-se abandonada. Muitas vezes, a equipe de referência entrava em contato com familiares, mas poucas vezes vinham até o hospital conversar com a equipe e visitar D. É importante destacar que a mãe da paciente também era usuária de drogas e a avó era desestimulada pelo companheiro a ajudá-la, mas foi a pessoa mais presente para os encaminhamentos jurídicos, além de se mostrar sensível às demandas da neta.

Sabia-se que D não ficaria com a guarda de seu filho, não havia a menor possibilidade. Certa vez, a paciente disse que sabia que seu bebê seria retirado dela e, como sua mãe era usuária de drogas, com ela também não seria possível ficar.

Apesar dos esforços da equipe em tranquilizar a paciente, na última semana da internação a agitação e o desejo de alta persistiam. O hospital, por sua vez, não conta com ala fechada, e a medicação era prescrita com cautela devido à gestação, como já foi assinalado. A equipe de referência se preocupava com uma possível fuga, pois era sabido que a paciente voltaria para as ruas e para o uso abusivo do *crack* e, conseqüentemente, abandonaria o tratamento para tuberculose, a tomada de antirretrovirais (ARV) e os cuidados com o pré-natal.

Devido à gravidez, ao quadro psiquiátrico e clínico, bem como ao risco de fuga, a equipe decide pela transferência de D para o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Optou-se pelo HMIPV por ser um hospital de atenção à mãe e ao bebê, com ala psiquiátrica, onde D já havia sido internada. Ao ser informada de que seria transferida para ter seu bebê, D diz que não gostaria de ir para esse hospital, pois lá “o Presidente tinha tirado seus dois bebês e porque lá não tem pátio”. Foi explicado a D que o HSP/SES/RS não tinha estrutura para a realização do parto e que seria melhor para ela ir para um hospital especializado para este fim.

Para viabilizar a transferência e encaminhar este caso da melhor forma possível, alguns documentos foram elaborados, como o estudo social e o laudo da psiquiatria e da enfermagem com o respaldo técnico do setor jurídico e ciência da direção técnica do HSP/SES/RS. O serviço social também buscou, junto ao Ministério Público: definir local (hospital, casa de custódia, clínica) onde D pudesse ser protegida de seus comportamentos de risco; providenciar internação compulsória, a fim de assegurar que o tratamento para tuberculose fosse até o fim, bem como para que pudesse ter seu filho em instituição hospitalar; verificar a possibilidade de que algum familiar tivesse condições de ficar com a guarda da criança ao nascer; e, por fim, solicitar ligação tubária, com autorização da paciente e de seus familiares.

Em 5/1/2015, enquanto aguardava a vaga no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), a paciente fez nova tentativa de fuga e insistia em ter alta. Temendo novo episódio, a equipe de referência decide transferi-la para internação no Pronto Atendimento Psiquiátrico da

Vila Cruzeiro (PAC), através do Serviço de Regulação de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde/RS. A mãe foi localizada pelo posto de saúde próximo à sua residência, e a paciente foi transferida, sem contestação, para o PAC, de ambulância, acompanhada da mãe e de uma técnica de enfermagem.

Em 12/1/2015, a médica assistente do HSP/SES/RS de D entra em contato telefônico com o plantonista do Plantão de Saúde Mental. D estava estável do ponto de vista psiquiátrico, porém manifestava o desejo de voltar para o HSP/SES/RS. Em 21/1/2015, uma psicóloga e um técnico de enfermagem do HSP/SES/RS decidem visitar D no PAC. Essa decisão foi amadurecida em uma Roda de Conversa⁵, na qual foi levado o caso de D para discussão com equipe interdisciplinar.

Na visita à D, o psiquiatra do PAC comentou que a paciente estava se vinculando bem à equipe. Também comentou sobre a dificuldade em conseguir vaga no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas para a paciente, sendo que a equipe estava manejando o tempo de espera. D dizia se sentir mais protegida com a avó e que gostaria de dar o filho para ela cuidar. Quando D veio conversar com os técnicos carregava consigo uma boneca, que lhe foi presenteada pela psiquiatra do HSP/SES/RS. Nesta oportunidade, ela aproveitou para enviar abraços à equipe do HSP/SES/RS e, em especial, a essa psiquiatra. Os técnicos do HSP/SES/RS aproveitaram para reforçar junto à D a necessidade de cuidados com sua saúde física e mental.

A equipe do HSP/SES/RS continuou a manter contato com o Plantão de Saúde Mental e com o Ministério Público. Soube-se que a solicitação de ligação tubária foi deferida pelo juiz, uma conquista importante que tinha por objetivo minimizar o sofrimento de D por gerar filhos que ela não tem condições de criar. Soube-se, também, que seu filho nasceu no início de abril e que ficará com uma cunhada de D, novamente realizando o desejo da paciente de ficar perto do filho. Quanto ao pedido da família pela interdição, espera-se que seja oferecido a D um lugar onde possa ser protegida e cuidada, caso a família não tenha condições de ficar com ela, ou ela não consiga manter-se em casa.

A adesão ao tratamento, que também significa adesão à vida, designa uma possibilidade de escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação (BRAWLEY, 2000). Assim, a equipe trabalha junto com a paciente no caminho da compreensão dos aspectos básicos da doença, da sua condição e da importância de sua adesão não apenas no quadro clínico psicológico individual, mas também no contexto familiar e social. No caso de D, esses aspectos estavam prejudicados pelo seu comprometimento mental, porém a equipe não mediu esforços para obter algum sucesso.

Considerando o sofrimento dessa paciente, a pouca autonomia, os riscos com o consumo de drogas e o pouco tempo em que ficou no hospital, pode-se avaliar que foi feito tudo o que era possível, dentro das condições do HSP/SES/RS, sempre tendo em mente o que seria melhor para D e, sempre que possível, em consonância com os seus anseios. Buscou-se, na rede e com a família, o que seria mais adequado para assegurar seu bem-estar biopsicossocial, bem como um desfecho digno que tivesse reflexos na sua adesão à vida.

⁵ As Rodas de Conversa, como ação de educação permanente voltada aos servidores das diversas áreas, foram desenvolvidas dentro do Projeto Semear (2013) e tiveram como objetivo discutir casos e colaborar com a qualificação do cuidado com pessoas que consomem álcool e outras drogas. O Projeto Semear, financiado pelo Ministério da Saúde, III Chamada para Elaboração e Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão social na rede de atenção psicossocial, desenvolveu atividades em três eixos: educação e saúde; trabalho e renda; cultura e cidadania (BRASIL, 2012).

Referências Bibliográficas:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **III Chamada para seleção de projetos de reabilitação psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão social na rede de atenção psicossocial**. Portarias GM n. 3088, de 23/12/2011 e n. 132, de 26/1/2012. Ministério da Saúde. Brasília: 2012.

BRAWLEY, L. R.; Culos-Reed, S. N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, recommendations. *Controlled Clinical Trials*; 21:156-163, 2000.

HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON (HSP/SES/RS). **Plano Terapêutico Institucional (2012-2015)**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2015.

JARCZEWSKI, C. A.; GERMANY, C.; SILVA, E. C. da; OSÓRIO, J. Figueira; CONTE, M.; LITVIN, R.. **Projeto Semear: uma proposta de reabilitação psicossocial do Hospital Sanatório Partenon para pacientes portadores de tuberculose e outras comorbidades**. Ministério da Saúde. III Chamada para Elaboração e Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão social na rede de atenção psicossocial. Hospital Sanatório Partenon/Secretaria de Estado da Saúde RS: Porto Alegre, 2013.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

De tartaruga a passarinho: como acompanhar transições?

Biana Vasconcellos Lauda¹

Resumo

Este relato de caso foi apresentado na supervisão de estágio da Ênfase em Processos Clínicos do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2013-2014. Esse caso foi acompanhado durante o estágio na internação do Hospital Sanatório Partenon, junto a uma equipe de referência. Trata-se de uma mulher de 27 anos que baixou com tuberculose e em extrema vulnerabilidade. Esse caso, considerado difícil, instigou a equipe multiprofissional pela busca de maneiras de acessar o sujeito e de mobilizar recursos psíquicos e sociais para abrir brechas onde as resistências passam a se constituir como formas de proteção na instituição hospitalar. Utilizou como referência a clínica ampliada e problematizou as possibilidades de escuta singular e sensível em contextos institucionais marcados pela repetição e pelo assujeitamento.

Primeira imagem

O que me capturou na primeira vez em que a vi foram seus olhos. Olhos bem abertos; olhar em constante perplexidade. Nem parecia estar olhando para fora de si mesma, apesar de que, em seu “pairar longínquo”, em algum ponto, nossos olhares pareceram se encontrar. Olhar vidrado, envidraçado... Como um vidro que, em parte reflete, em parte revela, em parte esconde.

O início

Era final da manhã, e fazia pouco que Bibiane tinha acordado. Apesar disso, recebeu-nos bem. Minha supervisora de estágio, meu colega de estágio e eu estávamos passando pelos quartos e demais espaços do hospital para iniciarmos nosso reconhecimento do “campo de estágio”. Apesar de achar importante esse “passeio inicial”, achei estranho entrar no quarto das pessoas como se entra num estabelecimento público. Já passavam pela minha cabeça inúmeros questionamentos, entre eles qual espaço havia ali para uma intimidade possível, para a construção de algo que chegasse o mais perto de ser um “lar”. Logo me chamou a atenção o sorriso de Bibiane e sua disposição a nos atender. Em seu olhar e gestos encontrei uma espécie de doçura, ou brandura, que contornava seu semblante. Minha supervisora, a qual a acompanhava há

¹ Psicóloga, na época do relato de caso era estagiária na ênfase de Processos Clínicos do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2013-2014 no Hospital Sanatório Partenon/Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

algum tempo, me mostrou alguns trabalhos que Bibiane tinha feito no grupo de terapia ocupacional, entre eles um porta-retratos com a foto de seu filho Matias, de 14 anos. A supervisora de estágio falou com ela sobre a importância de continuar fazendo seus trabalhos e de sair do leito, e Bibiane concordou, num gesto cotidiano e distante.

Em meu segundo dia no hospital, vi Bibiane sentada num banco do pátio junto a outra paciente. Ela estava vestida de maneira mais elegante e pareceu mais animada que no outro dia. Cumprimentamo-nos e tive o presente de receber seu sorriso. Nesse dia, minha supervisora convidou-me para acompanhá-la, pois, segundo ela, tratava-se de uma paciente que precisava de bastante investimento e, como, naquele momento não tinha o tempo necessário para tal demanda, segui o acompanhamento com Bibiane. Nesse momento, o que tenho de Bibiane são dois sorrisos, seu olhar enigmático, algumas palavras e um pequeno parágrafo sobre o caso, escrito pela supervisora.

Na próxima vez em que fui ao hospital, resolvi “visitar” o prontuário de Bibiane, não com a ideia de encontrá-la ali, mas de começar a entender que olhares perpassam sua vivência na instituição e qual seu percurso por entre os discursos dos vários profissionais que por ela passam. Descobri que ela entrou no hospital em outubro de 2012, e naquele momento fazia um ano e oito meses que Bibiane estava internada. Fiquei pasma, imaginando como seria passar este tempo todo “presa” neste lugar. Bibiane passou de uma tuberculose “comum” a uma tuberculose multirresistente dentro do hospital, o que a desanimou muito, por já estar há tanto tempo em tratamento e, ainda, não ter uma certeza de quando poderia ter alta. Fiquei incrédula diante dessa situação e daquele “prontuário-calhamaço” e, ao virar a página, mais uma surpresa: sertralina, clopromazina, etionamida, levofloxacina, tenzidona, buprodiona, dexametasona, diazepam, dipiridona... Haja saúde! Que desejo de vida resiste a tanto controle? Que olhar ainda pulsa por trás de tanta dor? Sigo minha leitura e encontro inúmeros registros: “Pouco motivada a sair do leito”; “Paciente restrita ao leito”; “Não participa das atividades” etc. Além disso, algumas hipóteses diagnósticas e alguns *flashes* de sua vida... Déficit intelectual? Sequela pelo uso de *crack*? Depressão? Preguiça? Funcionamento *borderline*? Ficam suspensos em mim diversos olhares, impressões e questionamentos, e decido ir escutar o que a Bibiane tem a dizer sobre si mesma. Saímos do quarto e fomos caminhar pela parte externa do hospital, pela qual os pacientes só podem ir acompanhados.

Não sei se foi um bom começo, mas achei inevitável começar por meu espanto diante do tempo em que estava ali: “Fico imaginando o quanto deve ser difícil pra ti estar aqui todo este tempo...” – disse a ela, para começar algum diálogo. Não sei se iniciar nomeando é um bom começo de um trabalho clínico, mas, de todo modo, penso que serviu como um bom modo (e natural) de aproximação entre Bibiane e eu, pois permitiu que falasse sobre o que ali, muitas vezes, parece comum, sobre o que ali parece não causar mais tanto espanto, mas que a acompanha diariamente: “Eu tô enojada disso aqui! Não aguento mais, dá vontade de pegar minhas coisas e fugir daqui!”. “Eu me sinto presa. Isso aqui parece uma prisão.”, frases que saíram como relâmpagos, como lavas de vulcão que esperavam por seu tempo de emergir. Fomos caminhando e conversando sobre seu tratamento, sobre sua vida fora do hospital e sobre seus desejos para quando finalmente tivesse alta. Em sua fala me pareceu clara sua motivação a cuidar de seus

filhos quando sair – o que pouco conseguiu fazer antes de entrar, em função do uso abusivo de *crack*. Mas em seus planos de saída do hospital parece não existir um espaço para si mesma. Em sua fala, Bibiane parece colocar seu desejo apenas no cuidado dos filhos, e fica em mim a impressão de um “eu” esvaziado de investimento em si mesmo (BURSZTYN, 2011).

Na volta da caminhada em torno do hospital, mais algumas falas de Bibiane me marcam: “O tempo não passa. Parece que é uma maldição! Eu vejo todo mundo sair e só eu fico pra trás”. “O tempo passa, o tempo voa. O tempo passa, o tempo voa... E eu continuo aqui. Que angústia, Deus me livre!”. Lágrimas correm por seus olhos. Olhar de desespero, olhar de abismo: “Parece que eu nunca vou sair daqui”. Um suspiro profundo corta seu divagar por sua angústia: “Vamos voltar pro quarto?”.

À sombra de devaneios iniciais

E de repente me deu um medo de sucumbir à angústia dessas impossibilidades, à marca do tédio, à sombra da rotina, ao ponteiro das horas que gira, gira, gira e não lembra quantas vezes já girou, e parece que nunca saiu do mesmo lugar. Compartilhei profundamente de seu pesar, de seu desespero, de sua tristeza, de sua angústia... e calamos com suas lágrimas. Ela quis voltar para o quarto. No caminho, pergunto se ela conversa com suas amigas ou com algum profissional do hospital sobre “essas coisas”. Ela diz que não, e que é bom porque “tira um nó da garganta”. Já em seu quarto observo uma boneca de pano ao lado de sua cama. Pego-a no colo e pergunto: “Quem é esta?”. Surpresa, tímida e risonha, ela diz: “Minha filha”, e ri, descontraída. Então meu medo de ficar presa naquela aparente “infinita repetição do impossível” vai se esvaindo...

Suportar a repetição. Ouvi-la com espanto. Deixar-se horrorizar por ela. Dar espaço para que a repetição seja narrada é dar voz ao desejo de que haja pausa nesse tédio. O espanto do que para ela já é corriqueiro parece abrir um espaço (um corte) na continuidade aparentemente ininterrupta do tédio. Repetição que hipnotiza, esvai o sentido. Então, me pego divagando... Arte e clínica (LIMA, PELBART, 2007) também trazem o elemento da repetição. Mas uma repetição que liberta o sentido, que abre espaço para a elaboração, para a criação, para a ampliação de possibilidades. Diferente dessa repetição do tédio, da repetição da instituição hospitalar que, a cada dia, parece matar os sentidos que insistem em tentar existir. É a repetição de uma lógica que desapropria os sujeitos de seus corpos, de suas vidas, de seu desejo. É a repetição em círculo. E se pudesse repetir a repetição? E se pudesse fazer do círculo um espiral? E se pudesse fazer arte do tédio? Imitar a repetição para ver se ela repete de outro jeito... Ou, como já disse o poeta Manoel de Barros:

“Repetir, repetir, repetir, até tornar diferente”
(Manoel de Barros, in KATZ, 2011).

Segunda caminhada: abertura a outras imagens

Dia de jogo da Copa do Mundo em Porto Alegre, chego no hospital e parecem estar presentes apenas os plantonistas do dia. Pouco movimento pelos quartos. Vou ao quarto de



Bibiane e ela está tomando o café da tarde. Seu olhar parece cansado. Pergunto se ela quer sair para caminhar e conversar, e ela diz “hoje não”. Digo que vou deixá-la terminar seu café e que em breve volto para conversar nem que seja um pouco e no quarto mesmo. Penso sobre a importância de respeitar os tempos e os desejos, mas o quanto também é importante investir meu desejo em seu desejo de sair da cama. Encontro a médica que a acompanha e aproveito para perguntar sobre a fisioterapia, pois, havia notado na primeira vez em que caminhamos, Bibiane se locomovia com alguma dificuldade. A médica diz que não tem indicação porque ela abandonou a fisioterapia, assim como todo o resto, mas que se eu “a convencesse” a fazer, ela prescreveria sem problema algum. A médica de referência mostra-se preocupada com Bibiane e, colocando as mãos sob o rosto, diz: “Eu não entendo... Se ainda tivesse alguma explicação racional! Mas ela não tem, assim, nenhum problema aparente, nada que explique racionalmente esse comportamento de não querer sair do leito”. Então sentei-me em frente a ela e lhe disse: “Sabe, doutora, ela já está há quase dois anos aqui! Eu imagino que se eu estivesse no lugar dela talvez não estivesse tão diferente”. Conversamos um pouco sobre o percurso de Bibiane no hospital (como entrou, se sempre esteve desanimada e pouco participativa etc.), e sobre essas “desexplicações irracionais” que perpassavam este e outros tantos casos... Logo finalizamos para que eu fosse novamente convidá-la a sair do quarto.

Volto ao quarto de Bibiane dizendo que o dia está muito bonito e a convido novamente para ir “tomar um sol” e conversar. Para minha surpresa, ela aceita imediatamente, levantando-se da cama para colocar outra roupa. Saindo da área dos quartos, ela diz querer ir para o mesmo lado que nos dirigimos no outro dia. Pergunto como está e ela diz que melhor. Fala com um largo sorriso sobre a sua filha, que tinha ido visitá-la no dia anterior: “Viu que linda a minha filha?”. Concordo e digo que é muito parecida com ela. “Tu acha?”, ela me pergunta...

Vamos caminhando em volta do hospital, indo até os fundos, e sentamos em um banco ao sol, próximo a umas árvores. Estava perto do horário do pôr do Sol e os pássaros já começavam a cantar e a voar de uma copa a outra. Conversamos muito sobre sua história. Sobre suas histórias... Sua mãe a abandonou quando tinha três meses. “Aquela cadela! Aquela desgraçada...” – ela diz, com rancor. Sua tia avó a criou, a quem era muito próxima. Faleceu quando Bibiane tinha 23 anos. Seu pai, nem chegou a conhecer. Conta que, quando tinha 22 anos, foi atrás da mãe biológica, para conhecê-la, e morou por uma semana com ela, mas “não deu certo”, conta. Ela ficou com ciúmes de Bibiane com seu companheiro. Pergunto o que ela sentiu entrando em contato com sua mãe: “Pena. Pena dela, por não ter conseguido ser mãe. E pena de mim, por estar naquela situação”. Depois daquilo, não se falaram mais. Ao narrar sua história, vai aparecendo uma série de “abandonos”. Do pai biológico, da mãe biológica, da mãe de criação, que falece, da mãe biológica novamente, do pai de seu primeiro filho, que, quando sabe que está grávida, “foge” para Santa Catarina. “Ele só fez o filho e foi embora. Foi meu primeiro... Aquele desgraçado.” Então, quando Matias tem um ano, ela conhece seu outro companheiro, pai de Helena, sua segunda filha. Mas ele também “a deixa”, pois, segundo ela, não concorda com seu uso de drogas.

Lá pelas tantas... pausa! “Olha que bonitinhos!” – ela diz, apontando para uns passarinhos que brincavam próximos de onde estávamos sentadas. “Fazia tempo que eu não ficava

tanto tempo assim, na rua”. O dia estava muito bonito e, por vezes, silenciávamos e contemplávamos. Entre silêncios e questionamentos, Bibiane foi me narrando *flashes* de sua vida. Conta que começou a usar *crack* com 23 anos. Experimentou e gostou. Diz que dava uma euforia e que não queria parar. Mas fala com pesar que o pai de Helena a deixou por causa disso. “Foram nove anos de uso”, ela conta. Pergunto se alguma vez ela já sentira euforia semelhante sem o uso de *crack*. Ela diz que sim, antes de começar a usar, na sua adolescência, quando jogava vôlei com suas amigas do colégio e trabalhava de *office-girl*. Fala desses tempos com um olhar alegre, melancólico.

Conversamos também sobre seus planos para quando sair do hospital. Quer trabalhar com corte e costura em casa, pois recebe benefício (por HIV) e não pode trabalhar com carteira assinada. Conta que sua casa vai ser construída com o dinheiro do benefício. Sua amiga Marisa está ajudando nisso enquanto Bibiane está internada, e seu namorado, Nilton, vai ajudar a construir a casa, mas não quer que ele more com ela: “Cada um na sua casa. Assim tem duas casas para ir. Não quero que a gente more junto. Imagina, todo dia acordar e ver a mesma pessoa! Enjoa...”. Bibiane quer que seus filhos morem com ela. Matias não quer, mas Helena quer. Falamos sobre seus planos e desejos e digo que para ela poder colocar em prática seus planos deve estar forte e se cuidar neste tempo em que está no hospital. Compreendo seu desânimo, mas combinamos de ela tentar fazer alguns movimentos diferentes de estar apenas na cama, como, por exemplo, ir às atividades da Terapia Ocupacional uma vez na semana (no dia em que tem artesanato, que ela gosta), de sair para caminhar em nossos acompanhamentos duas vezes por semana e, de vez em quando, sair com as colegas de internação para estar no pátio ao sol. Fico pensando sobre essa minha postura de sugerir o que todos os profissionais que a atendem vêm sugerindo há algum tempo: que ela saia do leito. Fico pensando se é esse o meu papel. Se este modo de me colocar é “terapêutico”, se diz de uma “escuta clínica”. Por ora, ficam suspensos tais questionamentos, assim como tantos outros.

Outras imagens

Bibiane gosta de pagode, *funk*, de sambar e de cantar no chuveiro. Gosta de fazer artesanato com miçangas e de ver TV (jornais, novelas e programas de piadas). Bibiane tem um companheiro que a visita de vez em quando e com o qual fala todos os dias pelo celular; tem uma grande amiga, que cuida de sua filha e que vai ajudar na construção de sua nova casa. Bibiane tem dois filhos e uma grande vontade de poder ser a mãe que antes ela diz não ter conseguido ser. Sim, Bibiane passa a maior parte do tempo deitada na cama e sente-se muito desanimada, mas ela tem sonhos e desejos que precisam de um espaço, que podem ajudar a lembrá-la de si mesma. Gosto de ouvir Bibiane, apesar de pouco tê-la ouvido. Parece que vamos construindo outras imagens possíveis nesse espaço que parece ter pouco lugar para outras imagens...

Gosto de ouvi-la, apesar de ter experienciado o medo de ver-me tomada por seu desânimo, pela monotonia, na qual não se produzem sentidos. O olhar de Bibiane, algumas vezes “vidrado”, distante, para mim é a imagem que “apresenta” quem olha de fora, uma vivência que é interna e da ordem do inominável, uma experiência de angústia, como ela mesma falou



no retorno da primeira “caminhada pelo hospital”. Um olhar que não encontra o outro porque está perdido da própria imagem de si, que não encontra desejos que contornem essa imagem de si. Parece-me um “eu esvaziado à deriva do outro”, à deriva de significações... Pois quando nos encontramos nessa sua “deriva distante”, Bibiane responde. O desafio que parece chegar é de como sustentar esse olhar que insiste em perder-se de si. Como esses momentos de encontro podem produzir uma apropriação de Bibiane de si mesma, e não uma posição de espera por um outro que dê sentido e que dê contornos a este “eu” que me parece frágil.

A aposta é que essa angústia que marca uma sensação de repetição sem tempo, sem contorno, possa ganhar contornos na experiência de Bibiane ao falar sobre essa angústia e ao narrar sua história, pois não há como mudar o que não se consegue nomear e nem se sabe o que é. A aposta é investir em que, a partir da clínica ampliada (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO, 2012), se possa situar pontos de encontro que sustentam o laço transferencial e que Bibiane possa dar nome a essas vivências de vazio, ausências, perdas e esperas, e então, com o auxílio da escuta clínica, se fazer existir pela potência da fala na elaboração de processos de subjetivação (FIGUEIREDO, 2012).

Brincando com as imagens: tartaruga e passarinho

Bibiane: Olha ali o passarinho! Tão pequenininho e tão ligeiro!

Eu: E a gente que é grande às vezes demora pra se mexer, né?

Bibiane: É, eu sou assim... Que nem uma tartaruga.

Eu: Tartaruga vai devagar, mas caminha, né?

Bibiane: É, caminha. – Ri e fica pensativa.

Eu: Cada um tem seu ritmo... Importante é a tartaruga não entrar pra dentro do casco e não querer mais sair!

Bibiane: É – diz, pensativa.

Tartaruga, que se arrasta... Se move em ritmo mais lento... Mas caminha. Pausa. Entra pro casco para proteger-se, sai do casco, vai lentamente... Passarinho, que é ágil, que brinca, que canta, que voa... Símbolo de liberdade.

Bibiane é capturada pela imagem dos passarinhos. Bibiane gosta de passarinhos, mas se diz tartaruga. Ela quer sair do hospital, ser passarinho, voar pelo mundo que está fora dali, mas não sai da cama. Em seus desejos e planos ela estará animada, será uma boa mãe, não voltará a usar drogas e trabalhará em casa. Bibiane parece fantasiar que, de tartaruga, passará a passarinho.

Penso que, para essa transição, é importante que se aproprie de seu ritmo, de seu corpo, de seus desejos... Para poder brincar de ora ser tartaruga, ora ser passarinho. Para poder dançar em diferentes ritmos, brincando nos limites entre o que é e o que quer ser; entre o que se mostra e o que se esconde. E nessa dança ir encontrando o que permanece, o que fica, o que faz marca. E nessa dança, suportar as pausas, os vazios, as angústias... Para que a droga não entre como alívio imediato no anseio de ser passarinho; e para que a tartaruga não entre permanentemente pra dentro do casco com medo dos abismos que a experiência de angústia, própria do viver, traz.

Outras costuras possíveis

Nessa construção, algumas outras pistas e ampliações surgem de conversas com outro estagiário e a supervisora do estágio. Bibiane já foi passista de escola de samba e também ajudava a confeccionar as fantasias para os desfiles de carnaval. Para sua saída, a profissão de costureira era um caminho possível, junto à ideia já trabalhada anteriormente entre Bibiane, o estagiário e a supervisora acima citados, de pudesse fazer curso de corte e costura. Para a sua permanência no hospital, além das “caminhadas” em nosso acompanhamento e o grupo de terapia ocupacional, pensamos em atividades no leito, como confecção de bonecas de pano, escrita de cartas e atividades de costura, como reformas e ajustes em roupas que chegam para doação no Serviço Social.

Talvez nesse curto trajeto de dias já tenha encontrado algumas respostas para as minhas perguntas iniciais... O fato de estimulá-la a sair do leito e de propor coisas na sua rotina do hospital, isso não comprometeu, necessariamente, a escuta clínica. No entanto, penso ser preciso estar atenta ao modo como isso é feito. Modo e ritmo. Como querer que Bibiane suporte seu vazio, sua lentidão e sua angústia, se eu não puder suportá-los com ela?

Nessa possibilidade de suportarmos juntas tais angústias, a hipótese é que o que imobiliza possa ser decantado, e abra espaço para o desejo, e o que pulsa em Bibiane seja resgatado e encontre um lugar. E, então, que ela possa mover-se, a seu tempo, em seu ritmo.

Referências Bibliográficas:

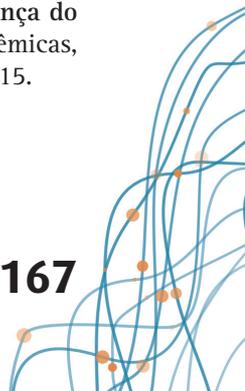
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*/ Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BURSZTYN, Daniela Costa. O tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. *Psicologia, Ciência e Profissão [on-line]*. 2011, v. 31, n. 4, p. 734-747. ISSN 1414-9893. Disponível no site <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-9893201100040000>. Acessado em 16/9/2015.

FIGUEIREDO, Mariana. *Folheto da Clínica Ampliada*. Material construído em parceria com os alunos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, oferecido entre 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp para profissionais da rede SUS-Campinas. Parte da tese de doutorado de Figueiredo “A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação”, 2012.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos [on-line]*. 2007, v. 14, n. 3, p. 709-735. ISSN 1678-4758. Disponível no site <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300003>. Acessado em 16/9/2015.

KATZ, Helena. *Repetir, repetir, até ficar diferente (Manoel de Barros, 2008): livrando a dança do (pré)fixo*. Anais do 2º encontro nacional de pesquisadores em dança. Dança: contrações epistêmicas, 2011. Disponível no site <http://www.portalanda.org.br/index.php/anais>. Acessado em 16/9/2015.



Formato: 195 x 255 mm

Tipologia: Dax (títulos)

Rotis Serif Std (textos)

Papel: off set 90 g/m² (miolo)

cartão 250 g/m² (capa)

CTP, impressão e acabamento: Gráfica Editora Pallotti.

Porto Alegre, dezembro de 2015.