

# **A REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA A PARTIR DE DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: SUBJETIVIDADE, POLÍTICA E INVENÇÃO DE PRÁTICAS**

COELHO, Bernadete Perez. A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## **RESUMO**

Essa pesquisa analisa o Modelo de Atenção e Gestão no município do Recife, com ênfase na atenção básica à saúde. Tem como objetivo analisar mudanças nas práticas da Clínica na rede SUS, no período de 2009 a 2011, a partir das diretrizes de modelo de atenção e gestão. Como objetivos específicos busca analisar a interface entre Clínica e Política, a reformulação da Clínica e sua interface com a Vigilância em Saúde. Esse é um estudo qualitativo, fundamentado nas técnicas da análise institucional para evidenciar os dilemas da gestão nas organizações de saúde. O desafio é pensar a Clínica como um campo de saberes e práticas transdisciplinares e com a potência de se criar e recriar a cada instante. Uma pesquisa que estudou o movimento instituinte do SUS com a finalidade da Defesa da Vida, trazendo a mudança como analisador e a Clínica em articulação com outros campos de conhecimento.

**Palavras-chave:** 1. Atenção básica; 2. Administração de serviços de saúde; 3. Atenção à saúde; 4. Sistema Único de Saúde.

COELHO, Bernadete Perez. The recasting of the clinic from guidelines for care and management in health care: subjectivity, politics and invention of practices. 2012. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## **ABSTRACT**

The aim of the present study was to analyze changes in clinical practices in the Brazilian public healthcare system between 2009 and 2011 based on the guidelines for the Care and Management Model, with an emphasis on basic health care. The specific objectives were to describe the model, the interface between clinical practice and politics, the reformulation of clinical practices and the interface with health surveillance in the composition and integrality of the work within the realm of basic health care. This is a qualitative study founded on methods of institutional analysis to highlight the dilemmas encountered in the management of health organizations. This study reveals the instituting movement of the Brazilian public healthcare system with the main purpose of defending life and clinical practice in direct contact with other fields of knowledge.

**Keywords:** 1. Primary care; 2. Management of health care; 3. Health care; 4. Public Healthcare System.

Essa pesquisa-intervenção estudou a experiência no município do Recife buscando apresentar um conjunto de questões que dizem respeito às relações entre subjetividade e gestão em saúde. Ao mesmo tempo, buscou evidenciar os obstáculos à implementação de processos de mudança nas organizações, as dificuldades para se avançar na democratização do Sistema Único de Saúde (SUS), os limites e potencialidades dos instrumentais teórico-metodológicos disponíveis para favorecer tais processos à luz da cogestão e da criatividade em traduzir as diretrizes institucionais em outros modos de funcionar na rede, na relação entre sujeitos.

Paradoxalmente o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença (Foucault, 2006: 7).

O confronto e as possíveis articulações sobre os pensadores da Clínica não é tarefa simples. Neste sentido não me proponho a um exame exaustivo de suas teses, mas sim ao ensaio de diálogos possíveis entre eles e com a produção na rede de saúde de Recife, que como toda conversa precisa adotar o pretexto do momento e do contexto em que ocorreu. Priorizei uma questão fundamental para este trabalho que é a articulação entre saúde e doença no interior do meio científico e as possibilidades teórico-práticas num contexto de equipes de trabalho em saúde de produzirmos uma reformulação da clínica na busca da ampliação de seus objetivos, meios e objeto de trabalho.

As discussões no campo da saúde mental sobre o processo saúde-doença é um importante referencial para reformulação da clínica tradicional. Colocar a doença entre parêntese não significa a negação da doença, senão que especificidade teriam os profissionais e os serviços de saúde? A tentativa é dialogar com a doença e o doente construindo uma nova dialética nessa relação. No caso específico da saúde mental significa uma recusa à aceitação do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (Amarante, 1996).

Retomo a obra de Canguilhem (1995) para trazer o raciocínio clínico que tangencia os conceitos de normal e patológico e a discussão trazida pela medicina moderna que depende inteiramente desses conceitos na sua fundação. Existe uma

defesa da tese, por este autor, de uma necessária reconciliação do quantitativo com o qualitativo na medicina contemporânea, especialmente a partir de questões trazidas pela prática terapêutica. O destaque aqui seria na dimensão qualitativa, na singularidade da terapêutica e dos sentidos possíveis da normatividade. Esse autor insiste que não existe patologia da máquina, o que implica compreender um defeito ou disfunção não somente em relação à norma adotada, mas apostar que todo ser vivente é capaz de produzir novas normas. Existe aqui uma recusa da redução dos casos individuais a uma média, onde a saúde não pode ser assimilada a uma relação de tipo mecânico e importam mais as condições específicas de cada fenômeno (Canguilhem, 1995).

Assim, saúde e doença não são propriamente conceitos que a ciência pode abstrair, descontextualizar e normatizar, mas estão necessariamente presentes em sua aplicação clínica. No conhecimento científico a fisiologia e patologia se organizam enquanto disciplinas mas somente a partir da experiência de doença singular a cada pessoa, é que a saúde e o adoecimento ganham sentido.

É de um modo bastante artificial, parece, que dispersamos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma sem contexto ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separado daquilo que ela complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções (Canguilhem, 1995: 65).

O problema epistemológico de saúde e doença reaparece em Winnicott. Para ele o vivente se torna fluido, processo. O desenvolvimento da maturação é orientado pela capacidade de estabelecer normas renovadas e mais adequadas. Não se encontra aqui a unidade do organismo, do vivente ou sujeito, mas uma variação (Estellita-Lins, 2007). Dessa forma, a saúde e a doença dependem da relação do indivíduo em sociedade e ele propõe a flexibilidade, a variabilidade e adaptabilidade como definidores dos estados da vida, que não pertencem ao domínio da patologia. Ele critica a abordagem da saúde ligada apenas à aparência ideal esperada e, novamente aparece, ligada ao bom funcionamento mediano prescrito.

A saúde é descrita como uma propriedade que se organiza no espaço transicional e inclui as dimensões biológica e psicológica, mas também na dimensão ecológica. Os conceitos winnicottianos, apesar de centrados na característica individual do trabalho clínico, contribui com elementos para uma mediação eticamente desejável e necessária entre pessoal e social. Assim, a saúde socialmente definida é uma atitude de todos que garante a saúde de cada um e a capacidade individual de se expressar criativamente. Essa atitude se regula pela experiência cotidiana no enfrentamento dos obstáculos existenciais. Cada indivíduo encontra suas soluções diante do que é oferecido por sua comunidade (Soares Neto, 2007). Diante disso, o trabalho clínico precisaria assumir diretrizes que buscassem a inseparabilidade do sujeito e do objeto, do individual e do social.

Clínica ampliada ou a Clínica do Sujeito significa não jogar fora a clínica tradicional, mas trabalhar com uma ampliação do objeto de intervenção, dos meios de trabalho ou técnica e dos seus objetivos (Campos, 2003). Clínica do sujeito porque nega a doença total e a coloca como parte da vida humana, porque é comum que no lugar de seu João da Silva apareça um psicótico, ou no lugar de Dona Maria surja uma hipertensa ou diabética. É como se a hipertensão saísse andando ou o alcoolismo ficasse bêbado nele mesmo. Os modos como cada pessoa reage a uma doença e aos sintomas, bem como as formas de subjetivação são singulares ainda que a base biológica seja a mesma (Cunha, 2004).

Nem a antidialética positivista da medicina que opta pela doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: como se não existisse a doença, quando ela está lá, no corpo, todo o tempo. A doença está lá dependendo dos médicos e da medicina, mas ao mesmo tempo independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, mas também independente da vontade dos sujeitos (Campos, 2003: 55).

Falar em ampliação do “objeto de trabalho” da clínica é tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. É considerar não somente o paciente, mas a família, a comunidade, a rede social ou agrupamento institucional como objeto da clínica. A partir disso necessariamente é preciso também uma ampliação dos meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, saindo da opção quase que exclusiva de uso de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de

reconstrução da subjetividade. Considerar os modos singulares de andar a vida é tomar, tanto no diagnóstico como na terapêutica, os elementos orgânicos ou biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isso provoca uma mudança no objetivo da clínica tradicional, que tem como finalidade da assistência individual a produção de saúde por meio da cura ou reabilitação, ou até mesmo do alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de auto-cuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e à dependência exclusiva por profissionais e serviços de saúde (Campos, 2003).

Essa nova possibilidade de produzir uma outra clínica, que não é só do profissional médico, nunca pode ser levada por um profissional isolado, mas é um desafio concreto para uma equipe interdisciplinar, que necessita ser uma equipe de referência juntamente com as equipes de apoio (Campos, 2003).

Em Foucault, a crítica às limitações da clínica parte da reflexão sobre o hospital, sobre as ciências dos seres vivos e as ciências da vida e sobre o deslocamento histórico da medicina clássica – que tem como objeto a doença considerada como essência abstrata, para uma medicina clínica, com um saber pautado sobre o indivíduo como um corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade (FOUCAULT, 2006). Um crítica, portanto, histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que falam da racionalidade do mundo contemporâneo, analisando o nascimento de uma medicina do espaço social, da consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa fundada na competência de seu saber. Fala dos limites ontológicos da Clínica chamada por Campos como Clínica Oficial ou Clínica Clínica (Campos, 2003).

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo. O seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que configuram como acidente em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: é preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente (Foucault, 2006: 7).

A capacidade criativa do movimento instituinte na saúde de Recife precisaria incluir diretrizes gerais para a reforma da rede de atenção, com a potência necessária de fazer diferença na prática de saúde, no fazer da Clínica e ainda, no cotidiano do trabalho das equipes. Fazer esse movimento sem negar a importância da Clínica tradicional e os conhecimentos até agora produzidos pela saúde pública na cidade, mas agregando outras possibilidades, ampliando no sentido de dar respostas às demandas sanitárias e sociais das pessoas e coletividades. Para além de identificar a tensão existente entre a Clínica e os modelos adotados de pronto-atendimento em massa, não optar pela rigidez da programação em saúde, da demanda controlada exclusivamente pela definição dos grupo de risco no dia e hora definida pela grade de funcionamento da equipes.

Assim, foram ofertadas possibilidades, arranjos institucionais, dispositivos, meios de trabalho de forma ampliada e que permitisse ou autorizasse o funcionamento do trabalho em saúde em torno de outros meios, objeto e objetivos. Não significava tarefa simples ou acorrentada à dispositivos de organização do trabalho, mas uma tarefa complexa que exigia colocar permanentemente em análise o fazer das equipes e outras concepções possíveis do processo saúde-doença e, conseqüentemente, de outros modos de fazer. Disparar processos que ajudassem no aumento da capacidade de análise e, portanto, de intervenção das equipes organizadas enquanto coletivos de saúde – equipes com funções mais tipicamente de gestão, profissionais das unidades da atenção básica, movimentos sociais e usuários da rede. Para isso era preciso priorizar a construção de vínculos, responsabilizar as equipes no acompanhamento de casos singulares, adscrever a população a uma equipe de referência.

Fazer esses movimentos, sem esquecer da necessidade histórica de uma rede de serviços com melhores estruturas físicas, ambientes mais adequados ao trabalho na atenção básica. Reformular a Clínica seria identificar qual o tipo de apoio, qual o recurso terapêutico que cada um usuário e sua rede social precisaria, sem esquecer que a diretriz histórica foi pautada na atenção programática a partir da prevenção e promoção das cidades saudáveis em territórios e ambientes saudáveis. Ao profissional de saúde caberia valer-se mais da avaliação de vulnerabilidade e de utilizar mais práticas de educação em saúde no cotidiano do trabalho e na produção de autonomia,

sem esquecer que historicamente o sistema de saúde era impessoal, pautado no controle, burocratizado e aumentava a dependência das pessoas. Uma avaliação a partir da singularidade, do sujeito concreto, num território vivo, sem esquecer da histórica determinação rígida dos chamados grupos de risco com programas estruturados existentes e afastamento das equipes de vigilância à saúde do território, esquecendo que neles existe gente e frequentemente priorizando a epidemiologia dos bancos de dados oficiais. Para uma Clínica transdisciplinar era necessária a inclusão de outros saberes e práticas profissionais, colocados em roda e gerando crises nos limites rígidos das disciplinas, sem esquecer do movimento histórico de composição de equipes de saúde da família à revelia das equipes tradicionais existentes e de sugerir que essas equipes tivessem a capacidade de resolver sozinhas a maior parte dos agravos em saúde do território.

Esse foi um complexo exercício para lidar com o paradoxo do SUS no cotidiano, incluindo as pessoas mas, a partir de novas diretrizes para sua sustentabilidade e legitimidade junto à população. Colocando para discussão e análise, mas também ofertando caminhos, reconstruindo novos processos para o SUS na cidade. Para uma reformulação da Clínica era preciso invenção e lidar com o paradoxo interno de cada um, não somente da rede de atenção, reconstruindo a própria subjetividade das pessoas e dos coletivos, sem perder a capacidade de invenção, sem paralisar pelas inúmeras dificuldades e incluindo as diferenças nas rodas. Esse reconhecimento da abertura e da ampliação de espaços coletivos foi referenciado por todos os participantes dos grupos focais, descritos nos documentos, em que pese a força das falas dos trabalhadores da necessidade de ampliar a postura de apoio institucional para todos da gestão. Precisava ser um modo de fazer hegemônico e ainda não era. Trabalhar com as tradições da medicina e da saúde pública mas ampliando com novos arranjos institucionais, criticando os modelos centrados nos rigorosos protocolos clínicos sem esquecer da doença, mas ampliar trazendo para cena o sujeito e seus modos de vida, de lidar com a doença, sua singularidade. Trazer a necessidade de prevenção e promoção, utilizar os conhecimentos da saúde pública sem negar a Clínica e seus avanços na ampliação e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Utilizar os conhecimentos e debates do campo da saúde mental colocando em análise a tendência burocrática dos próprios equipamentos especializados em saúde mental, acorrentados em dispositivos com fim neles mesmos e produtores não de reforma sanitária, mas de redução de autonomia e

produção de dependência. Contaminar a rede básica com o campo da subjetividade e das produções em saúde mental e contaminar a rede de saúde mental com as experiências de encantamento na arte de prevenir, curar, reabilitar pessoas da atenção básica.

A criação, discussão e operacionalização de mecanismos foi prioridade na atenção básica e na intervenção territorial de forma ampliada, saindo do movimento tradicionalmente hegemônico de instalação de novos serviços e equipamentos sem a oferta necessária da articulação em rede. De fato a necessidade de ampliação da rede permanece e foi necessária nos três anos estudados, não para contabilizar na cobertura oficial da atenção básica, mas para agregar resolutividade, responsabilização, vínculo, articulação em rede. Foi preciso redefinir as prioridades: o como e o quê priorizar e qual seria o significado da ampliação. O como investir significa não perder de vista a revisão da Clínica e da Saúde Coletiva trazendo para a cena o sujeito, a potência do encontro entre profissionais e usuários, o compartilhamento dos saberes e práticas, a consideração do processo saúde-doença em toda sua complexidade.

Iniciaram por redefinir de forma ampliada o que caracterizava a atenção básica em Recife e o que era necessário para recompor o trabalho, incorporar profissionais e integrar a rede de atenção. Foi preciso redefinir o trabalho solitário e a organização das equipes de saúde da família de forma a concretizar outros investimentos que valorizassem a força do que era essencial na atenção básica enquanto diretrizes gerais, mas que de fato, no cotidiano havia empecilhos à sua viabilização, como integralidade, acompanhamento ao longo da vida, prioridade para o primeiro contato, territorialidade entre outros. Foram definidas ações de apoio à Clínica que mexessem na capacidade do sistema em relação à quantidade de pessoas e qualidade das equipes da atenção básica, gerenciamento das ações, variedade dos serviços e ampliação das ofertas terapêuticas para a população. Ainda foi necessária organização interna do processo de trabalho, articulação e comunicação em rede com outros serviços da saúde e intersetorialmente, apoio na continuidade do acompanhamento ao longo da vida e garantia de equipe de referência em todo o território, definindo população vinculada e adscrita. Foram implantados mecanismos para ampliação do acesso, arranjos na reconstrução e repactuação do trabalho das equipes, mecanismos de cogestão, participação e corresponsabilidade. Além disso, um grande problema a ser trabalhado como

prioridade da equipe de gestão, dos trabalhadores e da população era a revisão das instalações físicas e equipamentos.

O acolhimento foi uma diretriz ético-política e organizacional discutida a partir de um grupo de trabalho com representantes das equipes da atenção básica e equipe da gestão intitulado Grupo Acolher Recife. Foram discutidos nesse grupo as diretrizes e o como fazer para melhorar acesso, apoiar a responsabilização das equipes com os usuários, instituir outros padrões de vínculos. Foi um permanente espaço de troca e análise dos processos que iam se implementando, reformulando agendas, incluindo cada equipe, trocando experiências entre as equipes e com base em outras experiências no Brasil. A roda ia girando na rede e, a partir do movimento dos grupos em reorganizar o trabalho na prática de cada equipe, foram definidos os princípios, as características do acolhimento, como se operacionalizava numa cartilha documentada pelo trabalho coletivo (Recife, 2009).

Assim, partindo da avaliação e dos consensos conceituais estabelecidos, toda a rede de alguma forma se deslocou quanto à necessidade de reformulação de suas práticas em torno dessa diretriz. Em 75% das equipes de saúde da família, o acolhimento foi implantado, o acesso ampliado e outra forma de escuta e possibilidade de vinculação e ampliação das ofertas terapêuticas adotadas. Parte das unidades básicas tradicionais adotaram outras formas para escuta, primeiro contato e garantia de acesso, além dos dias marcados para consulta agendada (Recife, 2011a).

A discussão do acolhimento envolveu reformulação do acesso com garantia de espaços de escuta, avaliação de vulnerabilidade, fortalecimento do vínculo entre equipes e comunidades, trabalho em equipe e aposta na interdisciplinaridade para receber a demanda, ouvir e ter postura capaz de dar conta das necessidades de saúde ofertando outras práticas terapêuticas além da consulta médica. Para isso, foi necessário combinar a agenda previamente programada com o recebimento do caso agudo, do eventual não programado, com oferta de marcação de consulta diariamente partindo da avaliação de vulnerabilidade na definição do acesso. Era um espaço para concretizar a Clínica ampliada na atenção básica, singularizando as solicitações e queixas e corresponsabilizando as equipes pela solução das demandas dentro da própria equipe ou a partir da rede de atenção. A organização do trabalho se deu caso a caso, de equipe

em equipe, com as dificuldades e potências de cada realidade partindo de questões que ajudavam na sua reorganização: como se dá o acesso do usuário? Que tipo de agravos à saúde são imediatamente atendidos? Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade? Como a equipe percebe a relação com a comunidade no cotidiano do trabalho? Como são tomadas as decisões? Como o ambiente interfere no acolhimento? Como reorganizar fluxos e protocolos? Como compor as escalas na equipe? (Recife, 2010)

As questões eram disparadoras para repensar a organização e foram montando, partindo do perfil da equipe, da composição, da singularidade local, da relação com a comunidade o melhor jeito para compor outro modo de fazer em saúde. A articulação com a comunidade, a avaliação dos indicadores de saúde, os momentos semanais de avaliação do processo foram fundamentais para corrigir rumos, redefinir agendas e criar outras possibilidades incluindo a singularidade da equipe e da comunidade e sua organização, mas sem paralisar o movimento em torno da diretriz. O apoiador institucional da equipe da Gerência de Atenção Básica esteve presente durante todo o processo de reorganização do trabalho em equipe, junto aos Distritos Sanitários e suas equipes gerenciais.

No cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica foi adotado um cronograma que possibilitasse a discussão de casos, com elaboração de projetos terapêuticos singularizados e agendas para apoio matricial. O cronograma apostava na diversidade de possibilidades de meios de trabalho para ampliação da Clínica, para melhorar o trabalho das equipes e valorizar outras possibilidades terapêuticas e foi incorporado na discussão com os sindicatos das categorias profissionais e na mesa permanente de negociação. O cronograma individual por categoria profissional entrou como critério para avaliação de desempenho de cada equipe e cada profissional de saúde. Teve como objetivo, melhorar o trabalho das equipes diversificando atividades, principalmente nas equipes 40 horas de saúde da família, bem como garantir agendamento por hora marcada e outras atividades, como discussão de caso, atendimento conjunto, apoio matricial para todos os profissionais diaristas, 20 ou 40 horas.

O apoio matricial se dava em diferentes áreas temáticas e direções, valorizando a necessidade da equipe e do usuário, mas possibilitando o caminhar pela rede de saúde: entre equipes de saúde da família ou entre equipes da atenção básica, entre a atenção especializada e a atenção básica – com agendas acontecendo nas policlínicas e outros serviços de referência da rede e na própria unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família. Em todos os Distritos Sanitários acontecia, semanalmente, o apoio matricial, de maneira que a incorporação do processo no cotidiano das equipes fizesse parte do trabalho de todas as unidades de saúde da família e grande parte das unidades básicas tradicionais. A implantação do apoio matricial na atenção especializada partiu do mapeamento dos perfis dos profissionais, combinando com a necessidade da rede básica de saúde e com oferta de temas disparadores para momentos de capacitação em temas específicos. A proposta da telessaúde foi instrumento importante para na comunicação e discussão de casos, com ênfase na segunda opinião de casos clínicos, apostando nos profissionais da rede como tele-consultores. Surgiu em 2011, com implantação a partir do segundo semestre e início nos Distritos Sanitários com a informatização da rede concluída – Distritos II e V. A informatização também era considerada uma ferramenta fundamental para instituição do prontuário integrado, facilitar a comunicação entre serviços, o envio de resultados dos exames laboratoriais e apoio diagnóstico e terapêutico entre outros.

Um das áreas temáticas, política estratégica com uma ampla rede de serviços que mais avançou, em interface com a atenção básica, foi a saúde mental. Além de conseguir apoiar as equipes da rede básica produziu, conjuntamente, mudanças na postura clínica frente à complexidade das situações conduzidas pelas equipes. Portanto, o usuário e sua rede social precisaria ser considerado em sua singularidade, sua história, sua inserção social e rede de ajuda. As equipes dos Centro de Atenção Psicossocial se organizaram com profissionais/técnicos de referência por equipes da atenção básica e vinculação com base territorial, ofertando possibilidades de meios de intervenção da clínica para além das atividades da própria Unidade de Saúde. Partindo desses princípios, foram ofertadas possibilidades de arranjos institucionais, dispositivos, intervenções criativas que dessem conta do tamanho da aposta, partindo das discussões de caso, atenção à crise no território, visita domiciliar, atendimento conjunto, apoio a grupos terapêuticos e atividades físicas e de promoção da saúde junto com os profissionais do Programa Academia da Cidade.

Outro dispositivo foi a proposta do Centro de Convivência, como uma oferta terapêutica, um serviço para ampliação da Clínica, compartilhamento e produção de autonomia do usuário e sua rede social, somando-se a um conjunto de meios de trabalho já existentes na rede de saúde (Recife, 2011b). Até o final deste trabalho o serviço não estava pronto, constando nas prioridades do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 entre outros documentos da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

A saúde mental no município tem sido uma política capaz de reorientar as práticas profissionais em função de uma Clínica compartilhada, demonstrando as possibilidades concretas de sua ampliação: trazer para a cena o sujeito concreto e o potencial terapêutico a partir do encontro entre o usuário e sua equipe/profissional de referência, a ampliação do meios de trabalho e ofertas terapêuticas e do objetivo de trabalho a partir da produção de saúde – prevenção e promoção das doenças, cura, acompanhamento ao longo da vida, reabilitação e produção de autonomia. O efeito pedagógico se dava em várias direções, contaminando a rede com possibilidades infinitas e criativas de modos de fazer: da atenção básica para a saúde mental e da saúde mental para atenção básica. Assim, a reformulação dos meios se fazia trazendo para a cena outros modos de operar: caminhando pela cidade, realizando atividades de promoção da saúde como atividades físicas nas praças, nas piscinas dos serviços, na praia, reabitando as ruas e casas e bairros com novas residências terapêuticas, equipes de referência acompanhando gestantes nas maternidades, entrando nas escolas e creches em busca de saídas e projetos terapêuticos singulares, abordando a problemática de abuso de álcool e outras drogas pelas equipes da atenção básica iniciando pelos usuários vinculados e inseridos no cotidiano da unidade entre outros.

“Da loucura da cidade à saúde mental na *polis*” foi o tema abordado pela equipe de saúde mental no município para trabalhar outra possibilidade de prática terapêutica em situações singulares. Ao retomar o debate sobre o tema da loucura, e isto inclui não só o espaço privado desta experiência, mas também o espaço público onde ela pede por reconhecimento e validade, apostava numa via ampliada integrando olhares e saberes distintos e centrando-se no sujeito dividido em sua experiência no mundo e no contexto de sua história que é tanto individual como social e cultural. Esse foi um dos caminhos

para uma clínica que se faz ampliada utilizando o encontro entre sujeitos na *polis* (Recife, 2011b).

Entendendo a *polis* como a cidade que é constituída na relação dos cidadãos com ela. Uma relação construída pela posição destes cidadãos na vida da cidade, participantes dos destinos, do ser da cidade. A *polis* é a abertura à participação do cidadão e do encontro destes diferentes atores na cena do cotidiano, construindo uma cidade viva na dinâmica da política. Assim foi traduzido para formas de fazer da rede de saúde o Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida, que em seus diversos aspectos incluía as várias formas de ser, construir e estar no mundo no dia a dia da cidade.

É um compromisso com a reinvenção e reformulação de nossa clínica de forma a incorporar outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto. Tomar como referência uma ampliação de nosso objetivo na saúde: produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2003: 65)

A proposta de gestão do coletivo da Atenção à Saúde e da Gerência de Saúde Mental foi compartilhada em vários colegiados constituídos, tendo apoio na rede de trabalhadores e usuários e priorizando suas ações voltadas à superação do modelo centrado nas internações e centrado no Centro de Atenção Psicossocial como a única oferta assistencial, muitas vezes com práticas burocratizadas e produtora de dependência. Em busca da diversidade de equipamentos articulados em rede e de compor uma atenção vinculada ao espaço existencial das pessoas, foram propostas alternativas de fortalecimento da Clínica e articulação territorial. Tampouco propostas rígidas, institucionalizadas como se os usuários pudessem se adequar instantaneamente a modelos prontos, sem considerar sua singularidade, poderiam ser alternativas de saídas para a reformulação da clínica e das práticas de saúde. Assim, além da implantação de equipamentos com ênfase no acolhimento, acompanhamento e reinserção social, buscou-se a cidade como espaço das diferenças.

A saúde mental no cotidiano da cidade tem a direção de estreitar as relações e laços sociais entre várias formas de ser e estar no mundo sem, no entanto, conformá-las ou adaptá-las, mas criando e suportando lugares e espaços para a convivência dos diferentes e contraditórios da vida (Recife, 2011b). O território precisava ser

considerado na sua potência de produção de outros encontros possíveis e essa foi uma mudança essencial, a partir do movimento instituinte disparado pelo Modelo: a finalidade de ampliar autonomia das pessoas e considerar a saúde como atributo de gente, num território vivo, um contexto real da vida na cidade.

Assim, a atuação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas e Complementares, dos polos do Academia da Cidade, dos serviços da atenção especializada, dos Centros de Atenção Psicossocial, do Serviço de Assistência Domiciliar, da proposta do Centro de Convivência surgiam como dispositivos no território e demandados fortemente pela atenção básica na busca da integralidade da assistência. A força criativa para lidar com situações complexas, para ampliar a capacidade de resolver problemas se dava em equipe e se construía na convivência das singularidades do espaço público. Espaço que manifestava ser território de disputas, de valores corporativos, de privatizações por dentro do SUS, de perfis diversos de profissionais de saúde e com interesses diversos, de ações pautadas no modelo biomédico. Também era o espaço onde se produzia saúde, onde se elaboravam projetos singularizados, construção de autonomia, possibilidade de realização no trabalho da Clínica. Esse é um paradoxo do SUS em sua constituição e não foi diferente em Recife.

Na mistura de suas dimensões pública e privada, o movimento chamava a Clínica para um trabalho de desinstitucionalização dela própria, remetendo a uma terapêutica que se dava no território de uma cidade sem perder o sentido do singular. Construiu-se espaços para produção de saberes nestes encontros das diretrizes da reforma psiquiátrica, da clínica, da saúde coletiva por uma teoria e uma prática que acontecia no contexto da política e da clínica, do sujeito e do seu território.

Esta Clínica materializava-se na elaboração do trabalho dos acompanhantes terapêuticos na saúde mental, a cada saída de usuário da internação psiquiátrica construindo intervenção terapêutica caso a caso – foram fechados dois hospitais psiquiátricos em 2010 e 2011, totalizando 639 leitos, construídas 12 novas residências terapêuticas, triplicou o número de usuários em atendimento nos Centro de Atenção Psicossocial, implantou equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família com formação em saúde mental para apoio em toda rede básica (Recife, 2011a). A

reformulação da Clínica era visualizada no acompanhamento ao longo do tempo da vida das pessoas nas equipes de saúde da família, no trabalho dos pediatras e enfermeiras nas unidades tradicionais e desaparecia no atendimento psiquiátrico dos ambulatório de saúde mental. Se dava combinando, com o professor de educação física, atividades na praça para reabilitação ou espaço de convívio e construção de mais autonomia para pessoas dependentes da instituição, de medicamentos. Se dava junto com a coordenação de atenção ao envelhecimento na construção de projetos singularizados para lidar com o idoso em situação de abandono, principalmente nas áreas de alta vulnerabilidade social. A construção da Clínica ampliada na relação com psicóticos e neuróticos graves precisava considerar a busca da troca em diferentes espaços da cidade, construindo a autonomia possível na existência e história de cada sujeito. Uma oficina terapêutica previamente determinada ou produção de consultas médicas em série evidenciavam a incapacidade do sistema e das equipes no lidar com essas e outras situações.

As saídas foram se dando em rede, apoiando e sendo apoiados os diversos equipamentos acionados em torno de situações complexas, casos difíceis que desestabilizavam as fronteiras disciplinares e pediam um fazer mais solidário entre as pessoas. A Clínica do sujeito é uma aposta na humanização das relações, é considerar que a Clínica e a política têm uma relação estreita, que precisamos, enquanto profissionais de saúde, desenvolver outras formas de escuta mais qualificada, outros padrões de responsabilização e vínculos solidários entre as pessoas, outras formas de produzir saúde em defesa da vida. A afirmação, aqui, não diz que está dada como modo de fazer hegemônico em toda a rede, mas afirma o movimento instituinte em assumi-la como modo de fazer por várias equipes na atenção básica. Afirma-se, portanto, a potência do movimento de abertura da maior parte das equipes, profissionais de saúde, serviços para outras possibilidades no trabalho, traduzindo diretrizes do SUS e as diretrizes do Modelo Recife em Defesa da Vida no cotidiano da relação entre as pessoas.

O objetivo desse percurso analítico foi formular um conjunto de interrogações sobre os modos de produção de saúde, de forma a abrir caminho para a dupla reinvenção, de um novo senso comum e novas subjetividades individuais e coletivas, com capacidade

e vontade de novas produções. Esse caminho é uma aposta para repensar o futuro e o surgimento de outras utopias possíveis.

E por utopia entendo a exploração através, da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade, e à oposição da imaginação à necessidade do que existe, só porque existe, em nome de algo radicalmente melhor porque vale a pena lutar e a que a humanidade tem direito. A utopia requer, portanto, um conhecimento da realidade profundo e abrangente como meio de evitar que o radicalismo da imaginação colida com o seu realismo...na transição paradigmática o pensamento utópico tem duplo objetivo: reinventar mapas de emancipação social e subjetividades com capacidade e vontade de os usar. Nenhuma transformação paradigmática será possível sem a transformação paradigmática da subjetividade (Santos, 2007: 331).

### **Referências Bibliográficas**

Amarante, Paulo. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Canguilhem, Georges. *O normal e o patológico*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- Cunha, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. Dissertação (mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP.
- Estellita-Lins, Carlos Eduardo. Saúde e doença na psicanálise: sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. In: Bezerra Jr, Benilton; Ortega Francisco (Org.). *Winnicott e seus interlocutores*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 363-390.
- Foucault, Michel. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o atendimento no posto mudou para melhor*. Recife, 2010.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. *Matriz de monitoramento e avaliação da atenção básica*. Recife, 2011a.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Recife, 2009.
- Recife. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto do Centro de Convivência do Recife*. Recife, 2011b.
- Santos, Boaventura de Sousa. *A Crítica da Razão Indolente - contra o desperdício da experiência*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- Soares Neto, José Fernando. A saúde entre norma social e vivido subjetivo: Winnicott e Gadamer. In: Júnior, Benilton Bezerra; Ortega, Francisco (Org.). *Winnicott e seus interlocutores* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 345-362.