

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO SEGURO: UMA ATIVIDADE DE TRABALHO EM DEBATE

*Eduarda Motta Santos e
Enio Rodrigues da Silva*

1. Introdução

Este trabalho surge como resultado da Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Ele se origina do desejo de compreender como os profissionais da Atenção Básica incorporam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em suas práticas profissionais. O PTS é uma ferramenta e/ou dispositivo utilizado nas práticas das Redes de Atenção à Saúde, principalmente na Atenção Básica (AB), nas Unidades de Saúde da Família (USF), na Saúde Mental e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para compreender como ocorreu sua construção e finalidade, faz-se necessário retomar em síntese a construção histórica da saúde no Brasil.

Segundo Campos (2007), dois marcos transformadores da organização do modelo de saúde no Brasil foram a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, que se legitimaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de mudança do modelo de atenção à saúde alcança maior proporção quando analisado sob a ótica do cuidado integral, que se opera em dimensões como: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e resolubilidade. Nessa perspectiva, o PTS se apresenta como uma ferramenta inovadora na promoção do cuidado integral entre esses dois processos

de reformas, seja na Atenção Primária à Saúde (APS) ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Diniz, 2017, p.8).

A Reforma Psiquiátrica que surge no cerne da Reforma Sanitária transforma o cuidado massificador, centrado nos sintomas e na medicação, numa forma de cuidar complexa, interdisciplinar, singular, com envolvimento do usuário na produção de sua saúde, desfocando a doença.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (Amarante, 1996, p. 5).

O PTS teve sua origem na experimentação da Clínica Ampliada em saúde mental. Atualmente, ele é normatizado como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, com o apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.” (Brasil, 2008, p. 2).

A Atenção Básica (AB) à saúde no Brasil é organizada prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trabalha na lógica territorial, é porta de entrada e ordenadora do cuidado em rede, visando atender o sujeito em sua integralidade. Segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

Art. 2º. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p. 2).

Diz-se das normas antecedentes, determinantes da construção do PTS, como atividade profissional nos diversos dispositivos da Atenção Básica em saúde. Normas que extrapolam o trabalho prescrito, pois são construções históricas, sociais e culturais de

determinado campo do saber. São renormalizações coletivas e estabilizadas em determinado espaço-tempo de trabalho (Schwartz; Durrive, 2010; Silva, 2016; Silva; Barros, 2017). Assim, as situações de trabalho são formadas por camadas de normas que se entrecruzam: aquelas construídas historicamente e aquelas que os trabalhadores constroem no aqui e agora dessas situações.

A evolução do mundo do trabalho demanda do indivíduo novas posturas e formas de agir em competência na atividade. É neste sentido que convidamos a Ergologia como norteamento teórico-metodológico, inclusive por compreender a competência humana de forma mais ampliada do que somente aquilo que se faz no aqui e agora no cotidiano de trabalho. Uma proposta que se fundamenta na interdisciplinaridade e na mobilização de saberes entre os trabalhadores, gestores e os usuários.

2. Caracterizando o território de análise

A Bahia possui uma cobertura de AB de 78,25%, sendo 73% de ESF (Brasil, 2019). Na região do extremo sul se localiza o município de Porto Seguro, que possui uma cobertura de 100% de AB, sendo que 96,47% é de ESF (Brasil, 2019). A partir desses dados, verifica-se que esse município tem uma aposta na AB e na ESF como estruturante da rede de saúde.

O território de Porto Seguro tem uma população estimada de 146.625 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), distribuída em seis Distritos Sanitários (DS). A Atenção Básica de Porto Seguro é composta por: 26 unidades de Estratégia de Saúde da Família com 40 Equipes; 6 unidades de Ponto de Apoio; 2 Polos de Academia da Saúde; 5 Núcleos de academia ao ar livre; 243 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 26 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 3 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) (Porto Seguro, 2018).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são formadas por equipes, cada uma minimamente composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ou não contar com apoio de NASF e com o consultório odontológico

(odontólogo e auxiliar odontológico). O horário de funcionamento das Unidades em Porto Seguro é das 7h às 14h, diferindo do proposto pela PNAB, em seu item 3.3 – Funcionamento ao recomendar: “que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população” (Brasil, 2017).

A Unidade onde foi realizada esta pesquisa é de Estratégia de Saúde da Família, localizada no DS Centro de Porto Seguro. Possui duas equipes de Saúde da Família, sendo a equipe 2 o alvo do estudo. A equipe entrevistada é composta de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 2 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de odontologia, 5 agentes comunitários de saúde e 1 equipe NASF. Composto a equipe NASF, há: 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 farmacêutica. Vale salientar que essa equipe NASF atua em 7 unidades de saúde diferentes.

Além da Atenção Básica, a rede de saúde do município conta com a média complexidade composta de Policlínica municipal, o Centro de Reabilitação e Fisioterapia, o Centro Regulador, Tratamento Fora do Domicílio, Centro de Especialidades Odontológicas e rede privada conveniada ao SUS. Com relação à urgência e emergência, compõe-se de 2 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Pronto-Atendimento (PA). A rede de Saúde mental é composta de 3 CAPS II (1 álcool e outras drogas, 1 infantil e 1 adulto) e Ambulatório de Saúde Mental (Porto Seguro, 2018).

3. Pretensões do trabalho

Buscou-se neste trabalho, como objetivo geral, reconhecer e analisar o lugar que o PTS ocupa numa Unidade de Saúde da Família, localizada no Distrito Sanitário Centro do município de Porto Seguro/BA, visando compreender as variabilidades da universal distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real do ponto de vista da Ergologia (Schwartz; Durrive, 2010, Guérin, 2001).

Como objetivos específicos pretendeu-se: detalhar o processo de trabalho de construção e desenvolvimento do PTS pela equipe da Unidade de Saúde da Família em Porto Seguro/BA; evidenciar as particularidades do distanciamento acima descrito e identificar quais são os desafios na construção e uso do PTS pela equipe; analisar o PTS como atividade profissional, a partir dos seis ingredientes de competência da atividade (IGR) em Ergologia.

4. Metodologia

O estudo foi desenvolvido por meio do método qualitativo, uma vez que “a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (Minayo, 2001, p 22). A pesquisa de campo foi realizada com uma equipe de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do distrito Centro, município de Porto Seguro, Bahia.

A escolha da unidade foi indicada pelo superintendente interino de Atenção Básica do município de Porto Seguro, que levou em conta, supostamente, a unidade que estava realizando PTS no momento da pesquisa. Além de contar com uma equipe com vínculo trabalhista estável, portanto, de maior tempo de serviço.

Foram realizadas cinco visitas à Unidade definida, o que promoveu uma observação participante do campo de pesquisa, favorecendo a compreensão das variabilidades do processo de trabalho da equipe, estudando e compreendendo a construção do PTS como atividade profissional. Foram realizadas também entrevistas semiestruturadas, respondidas pelos membros da equipe 2 da USF – médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde – e membros profissionais do NASF. Foram feitas também 2 rodas de conversas, sendo uma com 3 membros do NASF (nutricionista, farmacêutica e fisioterapeuta) e outra com 3 ACS.

Foram localizadas categorias possíveis para análise dos dados e, neste sentido, utilizou-se do referencial teórico da Ergologia, visando compreender as nuances da atividade de construção do PTS, considerando que “a ergologia é um método de investigação

pluridisciplinar em função de a atividade humana ser muito complexa para se compreender e analisar a partir de uma única disciplina, qualquer que seja ela” (Trinquet, 2010, p. 97).

5. Apresentando o campo teórico da Ergologia

A Ergologia é uma das Clínicas do Trabalho (Bendassolli; Soboll, 2011) e, em termos mais sintéticos, ela apresenta um novo e ampliado conceito de trabalho, desvelando sua indisciplinaridade e o trabalho intenso de conceituar, a partir da valorização da experiência do trabalhador (Schwartz, 2010). Entre outras medidas, trabalhar é gerir a distância entre o prescrito e o real e as infidelidades do meio. Para melhor compreender a atividade, a Ergologia apresenta quatro proposições esclarecedoras e estruturantes desse conceito e de sua própria abordagem.

A primeira se refere à distância universal entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Guérin, 2001). Segundo Schwartz e Durrive (2010), a atividade desvela seu enigma neste contexto entre aquilo que se demanda – o trabalho prescrito, o protocolo – e aquilo que se faz, o trabalho real. Não só basta situar a atividade do lado real, inclusive porque ela transborda a ação que se faz no aqui e agora das situações de trabalho. Ela é um élan de vida, uma postura e um fazer ampliado entre essas duas instâncias. A segunda proposição – o conteúdo da distância é sempre singularizado. Essa distância é sempre parcialmente singular e depende da história em que ela está inserida. A terceira proposição argumenta que esta distância remete à atividade do “corpo-si”. É o manuseio singular de si mesmo, em função do que se quer e do que se é cobrado, possibilitando a chance de um desenvolvimento do *métier*, que vai além das necessidades de cada trabalhador para ganhar o fazer coletivo, visando o bem comum. A quarta proposição – a distância remete a um debate de valores. Esse debate pode ser consigo mesmo, que são as racionalidades ou economias do corpo, o quanto se dispõe do próprio corpo no trabalho. Trata-se de um debate de cunho individual e social, cujo trabalho desvela um espaço-tempo propício para o fazer e viver junto. Por isso, diz-se que o trabalho é um encontro de valores.

A Ergologia dedica-se a analisar a atividade humana a partir do desconforto intelectual em mobilizar os saberes constituídos e aqueles investidos da experiência humana. Entrar nos meios de trabalho do ponto de vista da atividade significa desneutralizar os meios técnicos a partir de dois registros. O registro R1 (a antecipação) e o registro R2 (a confrontação). O R1 é tudo aquilo que preexiste à atividade, antes que a atividade se desenrole, ele visa guiar a atividade, orientá-la, quase enquadrá-la. O R2 é tudo aquilo que diz respeito à singularização, à desnaturalização das normas antecedentes. A atividade é vida e esta não pode se desenrolar no registro do estrito enquadramento das competências humanas. Entende-se a Ergologia como uma postura de vida, um convite à mobilização de saberes e à indisciplina no sentido de não se deixar caber de forma estável dentro de um determinado campo do saber e fazer dele uma saída para a solução de problemas (im)possíveis (Silva, 2016).

6. Analisando o PTS a partir dos Ingredientes de Competência da Atividade

Em termos ergológicos, a competência não pode ser simplificada a qualidades individuais isoladas. Ela é entendida como aquilo que é requisitado no trabalho para compreender o que os trabalhadores conseguem realizar efetiva e coletivamente (Schwartz; Durrive, 2010). O foco se desvia para o indivíduo e suas habilidades, a partir daquilo que se demanda num determinado posto de trabalho para compreender o agir em competência e promover o fazer coletivo. Trata-se de uma combinação multideterminada de elementos cognitivos e afetivos, que não são qualificados e avaliados de uma única forma (Schwartz; Durrive, 2010). Nesse sentido, utilizaremos dos seis ingredientes de competência da atividade (IGR) para promover uma compreensão do trabalho real e analisar a atividade de trabalho PTS na Unidade Básica de Saúde.

6.1. Primeiro Ingrediente: “o relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho”

Esse Ingrediente diz respeito ao conhecimento prévio que envolve o fazer. Toda situação de trabalho exige uma certa apropriação do conhecimento que já foi construído - normas,

protocolos, manuais. Não é necessário um domínio absoluto dos protocolos, mas sim um relativo domínio (Schwartz, Durrive, 2010).

Na construção do PTS como atividade, todos os conhecimentos pluridisciplinares e produções realizadas sobre o objeto que normatize o trabalho real fazem parte das normas antecedentes neste contexto da saúde. Além de uma gama de produções teóricas, sendo a maioria proveniente de autores que pesquisam sobre a Clínica Ampliada, principalmente na área de saúde mental. Há portarias como a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004), a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) e diversos manuais que dirigem esta atividade profissional de construção e prática do PTS na AB.

O primeiro ato normativo sobre o PTS foi a Portaria n° 147, de 25 de agosto de 1994, do Ministério da Saúde, que definia as atividades que deviam estar contidas na assistência ao usuário de saúde mental dentro da instituição psiquiátrica (Brasil, 1994). O PTS deveria estar escrito e definir o conjunto de ações e objetivos estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional. Essa portaria regulamentava o cuidado individual num momento histórico em que a loucura era massificada dentro dos hospitais psiquiátricos. Com o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o PTS ganhou dimensões mais amplas, envolvendo as esferas sociais, biológicas e econômicas de cada sujeito. Não basta ser individual, o PTS deve ser singular, pensado junto com os sujeitos em questão, em seu contexto de vida.

Demonstrando sua efetividade no campo da saúde mental, o PTS passa a ser utilizado em diversas áreas da saúde, como na atenção básica à saúde. Em 2003, foi criada a PNH como política transversal ao SUS, que tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil (Brasil, 2004).

A PNH discrimina como deve ser realizada a construção do PTS nas Unidades Básicas de Saúde, destacando 4 fases fundamentais. A fase diagnóstica deve conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após o diagnóstico, a equipe deve definir as metas com propostas de curto, médio e longo prazo, que serão

negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. Em terceiro, as responsabilidades são divididas, definindo com clareza as tarefas de cada um. Por fim, a reavaliação do PTS é fundamental, onde se discutirá a evolução e se farão as devidas correções do cuidado em saúde.

Constatou-se na pesquisa de campo que as fases de realização do PTS não estão claras e bem definidas pela equipe. Apesar de realizarem os passos que constam no documento, não existe uma sistematização desse fazer. Ao ser interrogado sobre a experiência do PTS, um profissional da equipe mínima responde apresentando o NASF e confirmando que a produção do PTS ainda não faz parte do cotidiano da equipe mínima. O NASF atua como protagonista da atividade, desde a seleção dos casos à produção e acompanhamento. A equipe mínima acompanha em parte como coadjuvante.

A Portaria n° 2436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Atenção Básica, em seu item 4.1 orienta as atribuições em forma de trabalho prescrito para os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica, no artigo XX, destaca:

Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população) (Brasil, 2017, p. 22).

Apesar de a PNAB descrever o PTS como estratégia utilizada no cotidiano do trabalho por todos os membros da equipe para favorecer o cuidado em consonância com as necessidades do usuário, na UBS pesquisada nem todos os profissionais realizam ou participam do PTS; alguns até desconhecem sua existência ou não o compreendem. “Agora está falando bastante, é uma coisa nova. Assim... tem muita coisa que a gente tem dúvida, né? De como conduzir, né? Mesmo o impresso, para a gente acompanhar esse impresso... tenho bastante dúvida nisso também” (Profissional-4).

Outro protocolo importante é o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Esse programa é desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhoria da qualidade da Atenção Básica. Para tanto, após resultado de avaliação interna e externa, o programa eleva o repasse de recurso federal para os municípios com boa avaliação e muitos municípios repassam parte desse recurso para os trabalhadores como incentivo. A realização do PTS pela equipe faz parte dos critérios de avaliação do PMAQ, sendo este um importante normatizador e incentivador da realização do PTS pelas equipes (Brasil, 2015).

Outra coisa que tem ajudado muito é o PMAQ. PTS é um processo de trabalho que todo mundo tem que fazer, pronto. Só que com essa gratificação as pessoas começaram a enxergar: olha, tem isso e está sendo cobrado. Não é só pelo dinheiro, mas antes não era cobrado, monitorado se a unidade está fazendo ou não o PTS. Aquilo que não é cobrado não é lembrado. Eles tinham uma dinâmica grande, agora está sendo dividido: tem que fazer grupo, tem que fazer PTS. Por conta disso, eles se viram na obrigação de olhar e estão descobrindo que é uma coisa boa para os pacientes, para unidade, para os funcionários também (Profissional-3).

O NASF, segundo a PNAB, constitui-se em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde de modo a complementar as equipes que atuam na Atenção Básica. Atuam de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica. Das atribuições comuns aos membros da equipe NASF, o Caderno de Atenção Básica n° 27, que traz suas diretrizes, estipula: “Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.” (Brasil, 2009, p. 23).

O NASF deve desenvolver a responsabilidade compartilhada, conforme as diretrizes orientadoras. Porém, frente à organização do processo de trabalho e à ausência de espaços regulares constituídos de

reunião de equipe, percebe-se que ele tem atuado de forma isolada do restante do grupo.

Percebe-se que a equipe tem realizado a construção do PTS de forma muito pontual e desvinculada das diretrizes apresentadas. Grande parte da equipe apresenta pouco domínio sobre os protocolos que regem a atividade, deixando para outros planos a realização dessa importante atividade profissional. Há, em uma mesma equipe, diversas percepções a respeito do PTS, revelando um conflito de normas, ampliando os desafios para a sua consolidação no trabalho real.

6.2 Segundo Ingrediente: “a relativa incorporação do histórico à situação de trabalho”

Apesar da importância da norma, o trabalho é realizado por seres humanos e cada sujeito imprime sua singularidade no seu fazer. Então, mesmo tendo um protocolo, no momento da realização, por menor que seja, segundo a Ergologia, existe uma variabilidade inserida pelo homem singular em seu contexto (Trinquet, 2010). O fazer singular ao longo do tempo gera um saber a partir da experiência, do vivido, da história, da situação específica, do investimento e engajamento na atividade, é o que a Ergologia denomina de “saber investido”. Esse saber é complementar ao “saber constituído” e, segundo Trinquet (2010), não tem como se analisar de fato uma atividade sem essa dialética. O saber investido não está registrado nos livros e sim no corpo, na alma (Schwartz, 2010).

A importância do saber investido reside no fato de colocar questões práticas, derivadas da atividade profissional. O que obriga os detentores dos saberes constituídos (eruditos) de se aproximarem, uns dos outros, para encontrarem respostas pertinentes e saírem de seus saberes genéricos, para se implicarem na realidade da situação analisada (Trinquet, 2010, p. 99).

Como exemplo do “saber investido”, percebe-se claramente, na unidade pesquisada, que uma trabalhadora do NASF impulsiona o desenvolvimento do PTS. É ela quem identifica o caso, mobiliza a equipe, envolve o usuário e faz o PTS acontecer. Investigando seu fazer profissional, denota-se uma intensa inter-relação do fazer da profissional-3 com sua história de vida pessoal (Silva, 2010; 2016; Silva; Barros, 2017). O fato de ter trabalhado em um CAPS onde o

PTS acontecia e se mostrava resolutivo, favoreceu em tempos depois quando foi iniciado na AB, na qual ela tinha interesse e mais facilidade que outros membros.

[...] lá no CAPS AD chegou um psiquiatra muito bom. Aqui não se falava em PTS, ele era de Belo Horizonte, mas ele mora aqui, J. R. Ele tinha essa prática e muita experiência de trabalhar com o coletivo, fazer reunião onde todo mundo falava, técnico de referência. Dava material para a gente estudar, a gente discutia. Foi muito interessante, foi no CAPS AD daqui de Porto, muito diferente do que a gente estava acostumado. Foi muito importante para a equipe, para a assistência. As pessoas diziam que parecia clínica particular. Nessa época, 2015. Ai começou a falar na AB, mas uma coisa solta, distante. Eu comecei a falar que era importante, que era mais ou menos o que a gente traz na educação permanente, questionar, cada um dá sua visão, chama o paciente, a família. É possível (Profissional-3).

Ao analisar o saber-fazer da Profissional-3, depara-se com seu engajamento na atividade e percebe-se com maior clareza que a sua história pessoal não se desarticula de sua atividade profissional.

Para a ergologia, em toda a atividade e, portanto, em toda a atividade de trabalho, coloca-se em prática um saber pessoal, para preencher e gerir a distância prescrito/real. Esse saber é o resultado da história individual de cada um, sempre singular, ou seja, adquirida da própria experiência profissional e de outras experiências (social, familiar, cultural, esportiva etc.) e que remete a valores, à educação, em resumo, à própria personalidade de cada um (Trinquet, 2010, p. 100).

Neste segundo ingrediente é fundamental apresentar o conceito de “corpo-si”. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 264): “O si do histórico das situações passa muito pelas relações humanas, por todas as sensações, por tudo que é registrado pelo corpo, pela memória”. Uma entidade reflexiva e constituinte dos enigmas da atividade, pois perpassa os aspectos físicos, objetivos, subjetivos, conscientes e inconscientes da atividade. Neste sentido, a Profissional-3 desvela seu “corpo-si” na atividade, mobilizando seus valores e convocando o resto da equipe para o debate de normas e valores no trabalho real.

Quando questionada sobre quais fatores influenciaram o fazer de uma Clínica Ampliada, ela aponta sua experiência profissional prévia, conhecimento e questões da sua história pessoal que a fizeram ressignificar sua prática, modificando sua conduta profissional.

[...] eu era muito técnica. Com meu adoecimento, eu modifiquei. Eu sei que eu tenho uma doença imprevisível, cada dia é cada dia, eu não sei como estarei amanhã... De entender o valor mesmo, que o sofrimento é de cada um. Até então eu nunca tinha adoecido na minha vida, então, isso mudou tudo na minha vida, a gente percebe que o outro está ali naquele momento entendeu, se eu puder fazer o melhor... A minha dor eu sei que tem dor no outro, eu fiquei sensível; não é doce, é sensível; aprendi a não absorver. Antes, apesar de ser muito técnica, queria resolver, ficava angustiada e hoje não, sou mais leve, porque não posso pegar peso, entendeu? (Profissional-3).

A percepção de cada profissional a respeito do PTS é atravessada pela sua experiência no uso do dispositivo, por sua compreensão de clínica, sua história pessoal e profissional. Esse fazer singular de cada profissional se apresenta no cotidiano do trabalho e sofre transformações no fazer coletivo.

6.3 Terceiro Ingrediente: “a capacidade de articular as faces protocolares e singulares na situação de trabalho”

Esse ingrediente visa colocar em ressonância os dois ingredientes anteriores. A capacidade de analisar o que é uma situação típica, que cabe na regra, no protocolo e o que é singular, que precisa de tratamento diferenciado. Ele qualifica a tomada de decisão frente às variabilidades apresentadas pelas situações de trabalho (Schwartz, 2010).

[...] Lembro de um caso uma senhora, 40 anos, só encaminhando, encaminhando, tomando um monte de remédio. Fiz atendimento compartilhado com a médica e ficou claro que era uma questão emocional, não precisava de tanto gasto, tanto remédio. Fez acupuntura, dei continuidade no atendimento, ficou com o reumato [reumatologista] e estabilizou, melhorou a vida dela (Profissional-3).

Percebe-se uma articulação de “saberes constituídos” e “investidos” nessa tomada de decisão da profissional. A possibilidade de encaminhamento para o especialista faz parte do protocolo, mas não estava atendendo à situação específica daquela usuária. Percebe-se

que, ao utilizar de outras ferramentas possíveis da Clínica Ampliada, como, por exemplo, a escuta singular do usuário, o trabalho compartilhado do matriciamento, as práticas integrativas complementares (acupuntura, aromaterapia, meditação, massoterapia, yoga, terapia floral, musicoterapia, reiki etc.) contribuíram sobremaneira para a redução ou substituição do encaminhamento imediato para o especialista.

6.4 Quarto Ingrediente: “debate de normas e valores”

A relação entre o caso específico, o genérico e os saberes envolvidos exige um intenso debate de normas e valores na atividade. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 213, grifo do autor), “O agir em competência’ vai *depende muito* mais do que o meio oferece a vocês como espaço de desenvolvimento de seus possíveis”. Assim, analisar a competência profissional através do IGR-4, é analisar como essas normas instituídas e valores contribuem ou dificultam o fazer na ESF? O resultado dessa operação favorece que o modelo biomédico seja deslocado no trabalho real para o fazer em equipe?

O grande debate de normas apresentado na unidade é reflexo da coexistência de modelos distintos de atenção à saúde no processo de trabalho. De um lado, as políticas que regulam a Atenção Básica, que focam no modelo baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). De outro lado, os processos de trabalho permeados pelo histórico modelo biomédico levam os trabalhadores a conflitos de normas e valores.

A redução da carga horária das UBS, justificada pelo município devido à dificuldade de manter o profissional médico por 40 horas semanais, propiciou não somente a redução do atendimento médico, mas também o fechamento coletivo das unidades às 14h. Situação essa que tem proporcionado um grande prejuízo na atenção integral do usuário e na realização de ações intersetoriais essenciais para o efetivo cuidado e condução ampliada e debatida do PTS. Assim, em meio a essa fragilidade, cada trabalhador responde de forma muito pontual às necessidades dos usuários, reduzindo-as a tomada de posição protocolar e centrada em aspectos biomédicos.

As falas seguintes desvelam e ampliam conflitos e debates de normas e valores na atividade profissional. “Trabalho há 12 anos aqui.

Meu trabalho consiste em realizar as consultas agendadas e demanda espontânea com dor, febre, mas sem maiores gravidades. Encaminho quando é uma maior gravidade ou quando precisa de especialista. Tem o dia da visita também.” (Profissional-5). Percebe-se que a compreensão do fazer profissional está centrado na consulta, no adoecimento e na cura. Todavia, esse profissional coloca em conflito seu desejo de atuar diferente com o que lhe é demandado.

Claro que gostaria de trabalhar mais em equipe, participar de reunião, mas a população só quer atendimento, atendimento... Vira um transtorno na unidade. Ninguém quer saber de esperar. Se chega aqui e é classificado que pode agendar, vai embora, direto para emergência. Na emergência é proibido retornar um paciente; enche de caso leves (Profissional-5).

A sobrecarga de funções (gerencial, administrativa e assistencial) aparece como um entrave no real para o fazer da Clínica Ampliada que demanda escuta qualificada e desprendimento de tempo para o acompanhamento de casos graves.

É uma demanda grande, aí a gente tem que estar fazendo, exemplo: hoje é dia 8, eu sei que semana que vem, segunda-feira, dia 11, tenho que ver com a menina da farmácia para ela já fazer o pedido de anticoncepcional, pedido de medicamento para insulina, solicitação de fraldas. Ela faz, aí eu imprimo um, outro, aí eu dou para a menina da limpeza, ela já vai fazer a contagem do estoque do nosso material e a gente vai fazer pedido. E aí as coisas vão aparecendo, antes de você chegar eu estava com a psicóloga do CREAS, veio com dois casos aqui que eu preciso ir atrás, né?, para conhecer. Os dois casos eu não conheço. Um é da minha área, que é uma senhora que eu não conheço; acho que ela nem frequenta a unidade, e outro é da área da colega, então, vou ter que ver também e assim a gente vai (Profissional-4).

Mesmo com todos os conflitos de normas que atravessam o campo de trabalho da UBS, há profissionais que fazem o diferencial acontecer, apresentando uma aposta clara na clínica ampliada, mobilizando reservas de alternativas (Schwartz; Durrive, 2010) essenciais para o melhoramento da qualidade do cuidado ofertado. É possível verificar no discurso da Profissional-3 que ela se dá normas na atividade a partir de seu saber/fazer, de seu engajamento, fazendo uso de si por si e pelos outros na atividade, segundo Schwartz e Durrive (2010).

[...] gosto de ver resultado, me incomoda meta, me incomoda essas coisas. Quero resultado. Se não fosse concursada, não estaria aqui. Essa gestão de agora é bem melhor, a gestão anterior era mais complicada. Esse negócio de fazer sala de espera para tirar foto, para captar recurso... Não sou formatada, não dou conta, mas a maioria segue, porque tem recurso do PMAQ. Eu tento fazer diferente (Profissional-3).

6.5 Quinto Ingrediente: “ativação do potencial da pessoa com incidência em cada ingrediente”

Através desse ingrediente, compreendemos que o potencial de cada profissional pode ser avaliado, detectado e ativado no cotidiano das relações profissionais, das exigências protocolares, dos saberes envolvidos nas situações. Trata-se de um mecanismo de pertencimento ao contexto e situação real de trabalho, pois, “A partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes de competência podem ser desenvolvidos” (Schwartz; Durrive, 2010, p 2018). Essa análise é essencial para compreender o trabalho real da equipe analisada; uma contribuição que pode fazer todo o diferencial no trabalho em equipe. Durante as entrevistas, ficam evidentes que o domínio do protocolo sobre o PTS é desigual na equipe e que existe uma demanda por parte de alguns membros em conhecer mais sobre o assunto. “A gente deveria ter um grupo de estudos, não todo dia, mas pelo menos uma vez por semana. Já falei várias vezes sobre isso.” (Profissional-6).

Em outra perspectiva: “É porque assim, para a gente, que agora está falando bastante, [PTS] é uma coisa nova. Assim... tem muita coisa que a gente tem dúvida, né? De como conduzir, né? “Mesmo o impresso, para a gente acompanhar esse impresso... tenho bastante dúvida nisso também.” (Profissional-4).

Compreende-se, através da análise deste ingrediente, que a Profissional-3 atua na equipe como ativadora dos potenciais da equipe. No momento em que ela convoca a equipe a pensar o caso, definir metas e responsabilidades, ela favorece para que os membros da equipe ativem seus ingredientes de competência. Em outro sentido, ela apresenta seu saber-fazer, desvelando seu engajamento profissional na atividade e apresentando seus argumentos de pertencimento na equipe

– o que facilita seu debate de normas e valores, provocando e convocando o trabalho para uma construção coletiva.

6.6 Sexto ingrediente: “tirar partido das sinergias e competências em situação de trabalho”

Este ingrediente traduz a capacidade de se trabalhar em equipe, “tirar partido das sinergias e competências em situação de trabalho (Schwartz; Durrive, 2007, p.). Segundo Peduzzi (2001, p. 104), “Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde”. No sentido ergológico, Schwartz e Durrive (2010) acrescentam, para além dos saberes acadêmicos, a compreensão de que cada homem, em função de sua história, de sua vida escolar, tem um perfil diferente.

A capacidade de trabalhar em equipe consiste em assumir suas responsabilidades onde se deve assumi-las, e ao mesmo tempo consiste em ser modesto onde convém ser. Capacidade que está muito ligada seja à diversidade das histórias humanas, seja ao reconhecimento e respeito desta diversidade e à compreensão de que o trabalho coletivo hoje – na medida em que ele atravessa sempre todos esses ingredientes – supõe uma espécie de pôr em sinergia esses diferentes ingredientes, não em si mesmo, mas coletivamente (Schwartz; Durrive, 2010, p. 17).

A viabilidade do Projeto Terapêutico Singular depende intensamente deste ingrediente de competência. O PTS foi criado para ser interdisciplinar e fora desse lugar não passa de uma prescrição profissional. A equipe apresenta clareza e modéstia ao detectar que o traquejo do uso do PTS se localiza em determinado profissional e este solicita ajuda dos demais colegas para as situações que envolvem outras especialidades.

[...] quando um caso é complicado, se eu chamei a família, fiz visita, não deu resultado, pedi para o médico reavaliar, não corroborou, aí eu falo: gente, não está dando resultado. Eu não atendo sozinha; tem casos de atendimento individual, mas a maioria é complexo. Aí eu comecei a fazer com as equipes as construções (Profissional-3).

O PTS exige o envolvimento de toda a equipe em caráter de sinergia coletiva, porém, os profissionais médico e odontólogo se

distanciam muito dos diálogos individuais e debates coletivos, reforçando a fragmentação do trabalho em equipe. Em outro sentido e em tempo real de trabalho, percebemos que a Profissional-3 apresentou um grande potencial de articulação do trabalho coletivo. Uma postura que não pode permanecer centrada em um único trabalhador da equipe.

Na unidade pesquisada, as reuniões de equipe são fragmentadas – enfermeira e ACS; NASF e enfermeira. Inexiste reunião regular semanal onde se discuta a clínica e o PTS, onde todos os membros da equipe participem. Essa ausência, além de dificultar a interdisciplinaridade, não cria espaços para que os conflitos de normas e valores possam ser discutidos e ressignificados, favorecendo que alguns profissionais se mantenham isolados, fragilizando a sinergia com o coletivo.

Considerações finais

Através da análise dos seis ingredientes de competência da atividade, correlacionando-os com o modelo da Clínica Ampliada, conclui-se que a atividade de construção do PTS é vivida de modo diferenciado pelos membros da equipe. Parte significativa da equipe demanda um investimento no IGR-1. Além do investimento pessoal, esse deve ser um investimento da gestão, de fundamental importância, realizado por meio da educação permanente para subsidiar o fazer dessa atividade.

Segundo Campos (1997, p. 16), “um modo de superar o modelo biomédico é operar com Projetos Terapêuticos amplos, que reconheçam o papel ativo do usuário na construção de sua saúde”. O profissional de saúde é corresponsável por essa construção, tendo em vista que é através do vínculo que poderá encaminhar um campo de propostas terapêuticas que recolorem o sujeito na trajetória da responsabilização pela própria vida. O encontro com o usuário e não com seu sintoma biológico amplia as variabilidades a serem geridas. Entretanto, faz-se necessário mudanças nos processos de trabalho, como reunião de equipe regulares e frequentes para tornar possíveis a construção de Projetos Terapêuticos Singulares em direção à vida.

Na Unidade existe uma profissional que mobiliza a equipe para a atividade PTS, articulando os seis ingredientes de competência dessa atividade profissional. Porém, se o debate de normas e valores não encontrar espaço para ser apresentado e enfrentado, se não houver um alinhamento no conhecimento dos protocolos e uma mudança necessária nos processos de trabalho, o PTS pode se tornar apenas mais uma ferramenta protocolar distante do seu papel prescrito na clínica ampliada.

Os profissionais que participam da construção do PTS enfatizam que ele contribui para o olhar integral do profissional sobre o usuário, amplia as intervenções intersetoriais, favorecendo o cuidado em rede de atenção e distribui responsabilidades entre as equipes. Apesar desta atividade ainda não estar instituída do cotidiano do trabalho, espera-se que sua apropriação por gestores e trabalhadores em conjunto possa deslocar a equipe do fazer desarticulado, centrado em práticas biomédicas, mobilizando competências e provocando o desenvolvimento deste trabalho. Trata -se de um debate que precisa ser ampliado nas equipes de trabalho, uma vez que a permanência dessas práticas não é algo exclusivo do município de Porto Seguro, mas um desafio que atravessa a Atenção Básica brasileira.

A análise do PTS como atividade de trabalho permitiu constatar que a construção e prática do PTS é um debate intenso entre as normas antecedentes e as normas que os trabalhadores criam a partir do processo de trabalho diário - a renormalização, ou seja, a capacidade do trabalhador de reinterpretar as normas ao seu estilo. Esse debate de normas é atravessado por debates de valores e pelas dramáticas do uso de si e pelo outro que permitem a criação de novas formas de realizar a mesma atividade profissional.

A distância entre o prescrito e o real na construção do PTS como atividade profissional na Unidade Básica apresentada nesta pesquisa desvela a necessidade de um debate nacional acerca da construção de políticas públicas que considerem a articulação entre a produção de saberes acadêmicos, constituídos e aqueles investidos pelos trabalhadores na experiência profissional. Uma tomada de posição que valoriza o patrimônio histórico, cultural e social de construção do cuidado em saúde.

Referências

AMARANTE, Paulo (1996) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea P. (Org.) (2011) *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas.

Brasil. Ministério da Saúde (1994) Portaria n° 147, de 25 de agosto de 1994. Amplia o item 4.2 da PT MS/SNAS n.º 224/92, de 29.1.92 (DOU de 30.1.92). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 ago. 1994, edição 165.

Brasil. Ministério da Saúde (2004) *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2008) *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2009) *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2015) *Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf*. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (2017) Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017, edição 183, seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde (2019). **E-gestor AB**: informação e gestão da Atenção Básica. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 24 maio 2019.

CAMPOS, Gastão W.S (1997) A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.

CAMPOS, Gastão. W. S; AMARAL, M.A (2007) A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859.

DINIZ, Alexandre Melo (2017) Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. *SANARE – Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v.16, n.1, p. 7-14.

GUÉRIN, François et al. (2001) *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Blucher; Fundação Vanzolini; Escola Politécnica da USP.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2018) *IBGE Cidades: Porto Seguro*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/porto-seguro/panorama>. Acesso em: 24 maio 2019.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza (Org.) (2001) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18ª edição. Petrópolis: Vozes.

PEDUZZI, Marina (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 35, n. 1, p.103-109.

PORTO SEGURO. Secretaria da Saúde (2018) *Plano municipal de saúde 2018-2021*. Porto Seguro: Secretaria Municipal da Saúde.

SCHWARTZ, Yves (2010) A experiência é formadora? *Educação & Realidade*, v. 35, n. 1, p. 35-48.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.) (2010) *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2ª edição revista e ampliada. Niterói: Eduff. 191-206.

SILVA, Enio Rodrigues da (2010) *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

SILVA, Enio Rodrigues da (2016) *O gesto profissional em psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho*. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte.

SILVA, Enio Rodrigues da; BARROS, Vanessa Andrade de (2017). Reflexões sobre a atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 85-102.

TRINQUET, Pierre (2010) Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, v. 10, n. 38 (número especial), p. 93-113.