

Ética colaborativa e de solidariedade, narrativas na formação em saúde

Collaborative and solidarity ethics, narratives in health training

Ana Lúcia Abrahão ^a

Francisco Leonel Fernandes ^b

Ândrea Cardoso de Souza ^c

Resumo

A construção de práticas solidárias e interprofissional, ratifica o caráter múltiplo do vínculo social, contida naquilo que funda a Reforma Sanitária Brasileira, ao mesmo tempo em que se torna uma questão importante para a formação dos profissionais de saúde. Este estudo busca, analisar a questão do vínculo entre usuário e trabalhador e sua articulação com uma ética colaborativa e de solidariedade. Trata-se de uma investigação descritiva de abordagem qualitativa, com alunos, profissionais e professores, vinculados ao programa de educação pelo trabalho em saúde (PET-Saúde). Os dados foram coletados durante o emprego da metodologia Sombra, no período de vigência do programa. Posteriormente os dados foram organizados em narrativas e analisados tematicamente. Foram evidenciadas narrativas de alunos e docentes sobre vínculo entre usuário e profissional, ressaltando aspectos decisivos para a construção do cuidado. As narrativas apontam também para o aspecto civilizatório das políticas públicas. Por fim, a conjuntura do programa e da metodologia Sombra por ele ensejada, mostrou-se uma forma de abordar o processo social enquanto prática política, criando cenários de interlocução colaborativas e solidárias na promoção de vínculo entre aluno e usuário.

^{a, c} Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

^b Faculdade de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

Autor Correspondente: Ana Lúcia Abrahão

E-mail: abrahaoana@gmail.com

Palavras-chave: educação; práticas interdisciplinares; acesso aos serviços de saúde; políticas públicas.

Abstract

The construction of solidarity and interprofessional practices ratifies the multiple character of the social bond, contained in what underlies the Brazilian Health Reform, at the same time that it becomes an important issue for the training of health professionals. This study seeks to analyze the issue of the bond between user and worker and its articulation with a collaborative and solidarity ethic. It is a descriptive investigation with a qualitative approach, with students, professionals and teachers, linked to the education program through health work (PET-Saúde). The data were collected during the use of the Sombra methodology, during the program period. Subsequently, the data were organized into narratives and analyzed thematically. Narratives of students and teachers about the link between user and professional were highlighted, highlighting decisive aspects for the construction of care. The narratives also point to the civilizing aspect of public policies. Finally, the conjuncture of the program and the Sombra methodology he envisioned, proved to be a way of approaching the social process as a political practice, creating scenarios of collaborative and solidary dialogue in promoting the bond between student and user.

Keywords: education; interdisciplinary placement; health services accessibility, public policy.

Introdução

Os argumentos que sustentam as políticas de saúde, defendido pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira, estão pautadas na construção de um sistema universal, equânime e integral. Princípios que estão estruturados em uma relação de cooperação entre os três entes federativos. Uma trama que permite que as necessidades de saúde dos usuários, seja atendida de forma mais próxima do contexto de vida das pessoas.

Embora a saúde se configure como um direito e, portanto, um bem coletivo; as necessidades de saúde dos usuários se estruturam em componentes subjetivos,

sendo o vínculo um dos componentes centrais¹. Vínculo como a capacidade de comunicação efetiva sem subterfúgio, na interação total entre dois sujeitos em um esforço de superar, ultrapassar as diferenças, constituindo um elo concreto de convivência, com vontade de interação, responsabilidade e respeito pela autonomia de cada um dos envolvidos².

A questão do vínculo entre o usuário e o trabalhador e sua articulação com uma ética colaborativa e de solidariedade, como central na implementação dos cuidados em todos os níveis da organização da saúde, mas, em particular, na Atenção Básica e nos dispositivos das redes de saúde mental³, são os elementos que nos propomos a tratar neste artigo.

A partir de uma casuística mínima, buscamos ressaltar alguns pontos de impasse e de resistência à construção de vínculo, especialmente no nível mais próximo da execução dos cuidados junto à população, por ela visada.

Para tanto, exploramos os resultados alcançados com a metodologia sombra* na formação de profissionais de saúde, a partir do acompanhamento dos usuários em seus territórios, durante as pesquisas realizadas no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)⁴ pela Universidade Federal Fluminense (UFF), nas redes de atenção do município de Niterói, no anos de 2015 e 2016.

A questão da ética colaborativa e de solidariedade no campo da saúde

O arcabouço político, que sustenta o sistema universal de saúde brasileiro, está apoiado em mecanismos de negociação entre os entes federativos, sobre uma lógica pactuada, colaborativa e solidária, que atravessa municípios, estados e a união⁵. O que torna esta, uma questão importante no desdobramento da prática clínica e do cuidado nas redes de atenção.

O assunto se estabelece em torno de como os operadores práticos da Reforma Sanitária desenvolvem o cuidado. Entretanto, há riscos que podem estar

* O aluno se coloca ao lado do usuário e segue seus passos por todos os lugares dentro e fora do serviço, andando junto com ele, fazendo sombra nos espaços de saúde, nas ruas e nos pontos das redes formais e informais desenhadas pelo usuário para o seu cuidado. O método tem a finalidade de mapear a rede de cuidado e de saúde por meio dos percursos e apontamentos do usuário, e colocar em análise com os profissionais dos serviços ao qual o usuário esteja vinculado, a produção que é realizada nestes deslocamentos em busca do cuidado

associados à sua produção, apartado dos aspectos solidários e éticos. Algo que nos chama a atenção, por não considerar as diversas possibilidades de resistências e seus valores específicos.

Em meio a esta questão, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶, em 2010, publicou o documento *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* no qual defende que, para o alcance da agenda da saúde global, é imperativo maximizar o potencial das ações dos profissionais de saúde por meio da colaboração entre trabalhadores de diferentes campos do conhecimento, suscitando perspectivas de desenvolvimento de Educação Interprofissional (EIP), nas universidades e nos centros de pesquisas.

A construção de práticas solidárias e interprofissional, ratifica a ideia da produção de cuidado naquilo que funda a Reforma Sanitária. Por outro lado, os protocolos técnicos ou de diretrizes políticas, empregam muito pouco esses fundamentos e funcionam mais como se fossem instruções. Realidade que se revela quando, simplesmente, são acatadas por todos, sem delongas, quer pela população em geral, quer pelos trabalhadores da saúde já instituídos em outros modos de operar.

É certo que a implementação de novas formas de intervenção sempre se coloca como negadora e relativizada, não fosse assim, não haveria por que instituir novos modos de cuidar. Porém, essa atitude negadora tem de estar regulada por seu valor dialético, no sentido de tensionar e colocar em marcha um movimento de transformação que, certamente, no curso do processo vai incluir o que nos modos anteriores, tinha eficácia e relevância para a população.

É difícil balizar e manejar essa atitude, digamos 'ótima', para que um processo efetivamente opere uma transformação qualitativa, isto é, que vá além da execução de protocolos técnicos ou de diretrizes políticas, consolidando novos valores, no caso do campo da saúde, quanto aos 'cuidados de si'⁷. O risco que pode emergir, quando essa atitude não é cultivada, é o do autoritarismo, ou seja, de uma prática regulada por princípios identitários, que visa realizar um novo ideal.

A essas dificuldades, que consideramos como uma questão da ética colaborativa e de solidariedade no campo da saúde, isto é, o cuidado que devemos sustentar quanto ao processo social mais amplo, somam-se à crise institucional pela qual o País atravessa e seus efeitos sobre o campo da saúde. Os riscos decorrentes que temos visto, aqui e ali, é o de as políticas públicas, em suas

formulações mais bem-intencionadas e corretas, serem usadas de maneira duvidosa para justificar iniciativas cujo principal efeito é o incremento da precarização da rede institucional da saúde.

Por outro lado, podemos identificar uma maneira dos governos lançarem sobre a população o custo de políticas equivocadas. Nessa perspectiva, assistimos a implantação de práticas completamente antagônicas às formulações e políticas que as engendraram; propõe-se uma linha de ação que, ao verificamos, constatamos que o realizado foi a produção de novos obstáculos ao acesso à saúde⁸.

Em razão desse fato, é preciso, ainda, rever e redimensionar os conceitos de desinstitucionalização e de autonomia e demarcá-los bem do entendimento neoliberal, que nada mais é do que abandonar populações altamente vulneráveis à própria sorte – que, como sabemos, em função da crise, que também é econômica, torna-se ainda mais complexo este redimensionamento.

Perspectiva metodológica do PET-Saúde UFF/Niterói

A investigação orientada pela metodologia Sombra é instruída por ferramentas e técnicas da pesquisa qualitativa. Denominamos de Sombra o método que toma como base o acompanhamento do itinerário⁹ feito pelo usuário pelas redes de saúde, buscando dar visibilidade aos caminhos que são percorridos durante o tratamento.

Os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados, possuem conduta nômade¹⁰ no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo da saúde. Eles traçam linhas e caminhos buscando construir outros processos que não os instituídos pelos serviços de saúde, mas que eles consideram como necessários para o seu próprio cuidado. Poder dar mão a eles, usuários, nos seus caminharres nômades é fundamental para descobrir essa produção de novas redes de conexões¹¹. Nessa direção, todas as estações de cuidado¹², mesmo aquelas ditas não formais, são fonte e base para revelação dessas redes, embora se reconheça que isso não é suficiente para a apreensão de toda rede necessária para a produção do cuidado.

Com isso, há que se valorar as estações de cuidado – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Policlínicas, Hospitais, etc. – como fontes para mapear algumas das situações vividas por esses usuários que necessitam de cuidado. Assim como, no seu caminhar na construção de suas redes de conexões, outras redes são significativas, como a família, etc...

Procurar estudar barreiras e acessibilidades em complexas redes⁸, formais e informais de cuidado, exige cruzar estratégias de investigação múltiplas. Por isso, neste estudo, uma de suas estratégias metodológicas centrou-se na pesquisa qualitativa, que parte dos encontros que os usuários produzem em algumas estações de cuidado¹², nos quais foi possível identificar outros atores com quem se conecta, tornam-se fontes de informação para a investigação.

Espelha-se nesse modo de investigar, também a busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, uma forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais.

Para tanto, trabalha-se o diário como eixo ordenador dos materiais de campo desse nomadismo, com a noção de Usuário-Sombra¹⁰. Com o seu diário, o Sombra, aluno de graduação em saúde, implementa a dinâmica dos aspectos subjetivos e culturais, que vaza o geográfico e que remete a outras ofertas de produção de rede e atenção à saúde que lhe faz mais sentido. Elementos que, situados em outros espaços materiais, não estão inscritos no organograma hierárquico do sistema.

A metodologia Sombra permitiu um acesso, no plano da investigação, ao que acontece nas práticas no campo do cuidado e da saúde, seja quanto aos valores diversos nelas em jogo, muitas vezes em conflito, seja quanto às consequências. Como um microscópio, ela permitiu lançar um olhar muito nuançado e detalhado na problemática dos vínculos sociais entre os atores diversos de uma rede de saúde¹³ ela tomou em consideração, por um tempo suficientemente longo, o efeito Pororoca^{*14}. Nesse sentido, os trabalhadores se deixam afetar pelas relações e saberes, recebendo de volta, como aprendizagem, o agir e o saber do outro. Trata-se de um encontro entre as redes de vida criadas pelos usuários, nas quais eles

* Efeito Pororoca emerge da capacidade de produzir mudanças no coletivo. Como uma dobra que se forma na contramão das forças instituídas, produzindo em si mesma uma segunda dobra, portanto, uma outra força que produz deslocamentos sobre o coletivo. Neste caso o efeito pororoca pode ser identificado nas equipes de saúde durante a leitura e debate das narrativas do usuário/sombra. Deslocamentos com potência de influenciar mudanças na organização da rede de cuidado

estão imersos, com o que as instituições públicas lhes oferecem como cuidados e com a composição tensa decorrente de tal encontro.

O PET-Saúde UFF acompanhou o cotidiano de alguns usuários das redes por onde quer que fossem (por isso a denominação metodologia Sombra) por um período de um ano. O esforço foi o de traçar o território¹⁵ desses usuários e observar como eles lidam com os cuidados ofertados pelas redes e como estas redes integram discursivamente os efeitos dos cuidados que praticam.

A narrativa feita pelo Sombra, a partir do recolhimento do diário, era lida coletivamente com a equipe de saúde, com o objetivo de explorar, aspectos relativos ao cuidado com o usuário, identificando pontos para reflexão e elementos para a formação. O momento da leitura do diário é trazido como um dispositivo de análise da prática de formação e do cuidado, para grupo de alunos, profissionais e professores que estavam inseridos na pesquisa Pet-Saúde.

Foram acompanhados usuários da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, da Rede Cegonha e da Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas. Total de 35 alunos, 15 docentes e 15 profissionais de saúde, participaram da investigação. Neste artigo vamos examinar duas situações recortadas dos diários de campo de alunos e professores para encaminhar a discussão proposta.

A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFF, por meio do Parecer nº 209.321, e contou com financiamento do Edital PET-SAÚDE Ministério da Saúde/2015.

Resultados: duas breves narrativas comentadas

A seguir destacamos recortes das narrativas dos diários do Sombra, produzidas no campo. São situações a princípio banais, cotidianas, mas que ao serem extraídas para análise, permitem reconhecer a construção de sujeitos em um esforço de superar, ultrapassar as diferenças, constituindo um elo concreto de convivência.

Uma grávida...: Uma narrativa do aluno

Acompanhei uma jovem de 15 anos grávida durante a sua chegada a maternidade. Fiz a abordagem na sala de espera e perguntei se podia estar junto com ela durante a consulta. A princípio não se opôs, o que me tranquilizou. Ela estava acompanhada do namorado de 18 anos. Não estranhei a situação, sobretudo porque eles formavam um casal dispostos a viverem juntos e seguirem em frente na vida, com acordo de ambas as famílias, isto é, os avós da criança que estava por vir. Foi o que conversamos durante a espera para a admissão na maternidade. Durante o atendimento, o profissional que atendeu o casal estranhou a diferença de idade. O que para mim se tratava do caminho normal, tornou-se ao longo do dia um drama na vida do casal. A equipe da maternidade solicitou o parecer do Conselho Tutelar, com a hipótese de criminalização do rapaz (seria um pedófilo?), ameaça de abrigo da moça (irresponsabilidade de seus pais?), risco de ela não poder assumir a guarda de seu filho (ela e seus associados seriam ineptos?). Que situação! Não imaginava que o encontro que se iniciou pacificamente fosse resultar em um arranjo tão complexo.

Não é o caso aqui de denunciar os preconceitos. Isto seria um encaminhamento tão fácil quanto tem se mostrado perfeitamente inútil, posto que, em geral, não produz nenhuma transformação. Estamos diante do fato de que a ordem jurídica dá margem para que seus operadores funcionem dessa forma e acionem os protocolos que lhe dão consequências. Nem sempre é assim, mas, neste caso e em muitos outros, foi assim. Ou seja, a impossibilidade de relativizar os parâmetros de decisão definidos em seus protocolos para, no lugar disso, dar peso ao que não tinha relevância na situação, já que estava de acordo com as normas culturais daquele grupo de pessoas. Vale dizer, um “formalismo” jurídico que faz tábula rasa das diferenças culturais, já que os protocolos não as levam em consideração. E a serviço do quê? Não se sabe, mas é assim que a coisa acontece, nem sempre, como dissemos, mas com uma frequência importante, ao ponto de contribuir significativamente para a anomia social e o quadro de extensa e intensa precarização dos modos de vida das classes populares.

“Lidar com julgamentos morais e com sofrimentos diante da incapacidade de resolver alguns problemas aparentemente banais, revelam o limite da clínica

biomédica e exige a construção de redes fora da formalidade e do comum”^{16:64}. De fato, não podemos dizer que essa ação da justiça é exemplar, justamente porque nem sempre é assim, contudo, não deixamos de observar certa iniciativa desta e de outras instâncias do Estado que vai na direção de formatar a vida das pessoas segundo um molde mais característico e presente nas classes médias urbanas, que passa a ser o modelo da *Família Brasileira*, como se a cultura brasileira fosse única e especificável facilmente. Molde, hoje em dia, muito plástico por sinal. Hoje admite-se, por exemplo, a união estável, as uniões homoparentais, etc., mas se é desejo de uma menina grávida não parece fazer sentido, então, necessariamente, supõe-se a existência de algum tipo de violência ou ilícito, embora, como indicamos no caso, tratava-se de uma situação banal, perfeitamente inscrita e admitida como modo de vida num grupo social oriundo das classes populares.

Também intervém, nesse caso, o conceito de território¹⁷. Território, aqui trazido como a forma como construímos as nossas relações, nossas conexões com a sociedade e que sustentam a nossa existência. Território da existência que criamos de acordo com as nossas experiências e neste caso, o território desta adolescente e seu companheiro foi atravessado por uma ação do Estado com impacto catastrófico, análogo a um terremoto. O caso acima, dentre tantos, é um desses exemplos: subitamente, no horizonte existencial dessa família, aparece a prisão para o rapaz, a possibilidade de abrigo para a menina e a perda da guarda de seu filho, etc. Isso tudo em nome do Bem e da Lei.

Não é demais repetir que nosso objetivo não é caracterizar ou tipificar as ações do Estado brasileiro, que frequentemente são bastante razoáveis, mas outras vezes não. Até diríamos que falta sistematicidade nas ações públicas do Estado brasileiro, especialmente nas políticas públicas de cunho social – basta ver a desordem dos sistemas diversos que abordam essa problemática. O importante aqui, visando ressaltar a relevância da metodologia Sombra, foi ela ter permitido acompanhar, como por um microscópio, uma ação que teve os desdobramentos descritos. Tal publicização permite não apenas a crítica, mas também, e sobretudo, um encaminhamento clínico: como tratar no cotidiano uma situação como essa? Discutiremos esse ponto mais adiante.

“Cracudos”: Uma Narrativa docente

O Pet-Saúde UFF também adentrou o campo da Saúde Mental, especialmente os diversos dispositivos e redes que recebiam usuários adolescentes de crack (Assistência Social, Departamento Geral de Ações Socioeducativas - DEGASE, abrigos diversos, o campo jurídico, etc.). Procedíamos do modo indicado acima: seguíamos o usuário por onde fosse, instituições, comunidades e ruas por onde perambulavam. Na ocasião contávamos com uma rede bastante ativa, que contemplava, por exemplo, o até então denominado Consultório de Rua e a Equipe de Referência para Infância e Adolescência em Álcool e outras Drogas (ERIJAD), que tinham como missão, justamente, acompanhar esses usuários pelos territórios. O Consultório dedicava-se mais à rua e a ERIJAD às instituições diversas, como abrigos, conselhos tutelares, hospitais, etc.

Esses usuários têm uma característica comum que é desdobrarem suas vidas estritamente no campo da motilidade; vivem em estado de agitação psicomotora. Curiosamente, muitos fugiram de suas famílias para as ruas; no entanto, mesmo tal asserção é difícil de sustentar, pois, é o caso de perguntar: Fugiram da família? Que família? Tinham ou têm família? Rapidamente se revela que, na maioria dos casos, as famílias estiveram envolvidas de muitas maneiras com as drogas, ao ponto de ser problemático situar os grupos primários de socialização a que pertencem como família, tal a precariedade dos vínculos. Estes, em geral, são construídos muito mais em torno do consumo de drogas em comum, situações nas quais as relações sexuais acontecem e produzem filhos, em detrimento de um projeto de vida endereçado ao mundo e à participação na vida social a partir de uma moral normativa orientada para a participação no jogo social. São pessoas que levam a vida entre uma peripécia e outra, de modo, diríamos, segundo nossos critérios, caótico: são praticantes de pequenos furtos pelas ruas, sempre em confronto com as autoridades, com relações difíceis nas comunidades e, via de regra, recusadas ou tratadas com muita violência pelas instituições que deveriam cuidar delas.

O PET-Saúde UFF, com a metodologia Sombra, pôde seguir algumas dessas pessoas por cerca de um ano e observar de perto toda a ordem de questões que elas colocam para as instituições e nos territórios. O fato mais impressionante é a extensão e a violência da segregação social que delimita o lugar social delas. Praticamente não há muitas alternativas para elas, o modo mesmo de estarem

vinculadas umas às outras, desde o nascimento, em função do lugar social que ocupam e que lhes foi destinado, não as habilitam a entrarem em um mundo onde certas capacidades cognitivas e possibilidades de coordenação do corpo são cruciais. A entrada da droga, em particular o crack, é um agravante significativo a mais. Todas as instituições as recusam, sendo uma exceção este ou aquele que as acolhe. E não é o caso de simplesmente indicar o preconceito dos quadros técnicos¹⁸ que as recebem. A situação é muito mais delicada, pois, de fato, as pessoas encontram justificativas legítimas para reusá-las, visto serem elas muito destoantes, com relação às regras básicas de comportamento na convivência social. Elas cheiram mal, são muito agressivas, agitadas, furtam objetos em situações de distração. A atitude que elas produzem nas instituições é sempre defensiva e a resultante é, em geral, a renovação da segregação – à rigor, salvo exceção, elas não são recebidas em lugar algum. Eis uma frase exemplar de uma médica que as recebia numa emergência, justificando seu encaminhamento para uma outra instituição: ‘não vou cuidar de quem vai me assaltar na próxima esquina’ – e o ‘pepino’ era encaminhado para explodir em outro lugar.

Nós podemos assistir, a partir da metodologia Sombra, como se introduziu na prática as políticas voltadas a saúde mental e da construção de redes na atenção básica, muito bem-intencionadas e mesmo razoavelmente bem formuladas de acolher esses usuários a partir de uma estratégia de Redução de Danos¹⁹. Em primeiro lugar, as redes foram surpreendidas por essas políticas, o que terminou por reforçar ainda mais as atitudes defensivas produtoras de segregação. Mais do que isso, o planejamento e os recursos mobilizados para as novas ações se mostraram insuficientes e subestimavam a extensão e a gravidade do problema. Em segundo lugar, a partir dessa recepção pelas instituições das novas políticas, um debate e um conjunto de reações foram suscitados, mas o suporte fracassou em esclarecer a população e capacitar as instituições para encaminhar e disseminar de maneira “justificada” os novos cuidados. Índice disso foram os retrocessos, que começaram a aparecer ainda no governo Dilma, a respeito da adoção das estratégias de Redução de Danos para o enfrentamento das questões envolvendo uso de crack por crianças e adolescentes – por exemplo, o incremento indiscriminado do número de comunidades terapêuticas de orientação religiosa²⁰.

Apesar dessa avaliação pessimista que hoje se confirma no sentido das dificuldades de se sustentar uma política de Redução de Danos, a metodologia

Sombra, por poder ter percorrido, na singularidade dos trajetos de alguns desses usuários, pode iluminar e trazer para a discussão aspectos que nunca foram entrevistados nas formulações sobre a relação entre drogas e adolescência, no contexto das populações mais vulneráveis e pertencentes ao lumpemproletariado. Entre eles, e sobretudo, a insuficiência de ações tópicas para questões cujas determinações implicam a estrutura social global de maneira muito significativa e exigem um planejamento das ações muito mais bem coordenado e articulado intersetorialmente²¹.

Discussão

O primeiro ponto a considerar é o fato de a metodologia Sombra ter dado acesso ao caráter multifacetado, contraditório e pleno de fissuras do que acontece nas práticas ordinárias, em função das supostas decisões programáticas das políticas públicas, cuja pretensão seria um cumprimento estrito e unívoco de seus protocolos. Exemplos concretos que são trazidos para o debate da formação. Um exemplo gritante, consiste neste desacerto do Estado e nos esforços de levar a cabo a Reforma Psiquiátrica no campo da Saúde, com todas as tensões internas que ela traz consigo, e o fato de, frequentemente, ser a ordem jurídica quem derroga as leis que a instituiu. Com efeito, as exigências de internação compulsória, que as ameaças de sequestro, nas duas situações que comentamos brevemente foram acionadas por dispositivos da Justiça – e os conflitos de toda ordem que emergem a partir dessa ingerência, são cenas para a formação que só emergem quando estamos inseridos no serviço¹⁵

Um segundo ponto diz respeito ao que a metodologia Sombra indicou, pelo acompanhamento que pôde fazer das situações: mais produtivo do que denunciar esses abusos, é criar cenários de interação “coletivos” como se diz, dentro dos quais os impasses observados podem ser remetidos e discutidos pelas equipes, inclusive junto àqueles técnicos e autoridades que contestam as políticas. Nas duas situações, foi a insistência das equipes em conversar que produziu uma transformação efetiva. No caso de nossa grávida, a juíza terminou acompanhando nossas avaliações (aluno, professor e profissional), com uma parceria que foi

possível articular com a promotoria e dispensou o casal de maiores encargos. Eles tiveram seu filho, o qual a equipe da maternidade pode acompanhar até seu desfecho; a própria assistente social que fizera a denúncia, no curso do processo, mudou de posição – o que demonstrou, para esta situação particular, o valor de transformação do social que pode acontecer quando o embate ideológico se desdobra em cenários de discussão, rodas de reflexão, ao invés de enfrentamentos carregados de acusações. Claro, desde que, isso é importante, os agentes das políticas estejam decididos a levá-las adiante dessa forma e insistam em discutir, renovando as oportunidades do debate no interior da equipe.

No segundo relato que trouxemos essa consequência foi ainda mais nítida. Boa parte dos conselheiros tutelares era favorável às internações compulsórias e, no curso do processo, passaram a defender as ações no território. Essa transformação só foi possível porque as equipes volantes, aquelas cuja ação se dava nos territórios, o Consultório de Rua e a ERIJAD, insistiam em trazer as narrativas dos alunos do PET, sobre as trajetórias errantes dos usuários de crack para discussão nos hospitais, nos Conselhos Tutelares, nos abrigos, etc. Foi notável como, pouco a pouco, elas tiveram êxito em aumentar o escopo das discussões na lida cotidiana das situações e como isso foi transformador das mentalidades.

Para concluir

A prática se mostra complexa, com atravessamentos muito heterogêneos, com o emprego da metodologia Sombra na execução do PET-Saúde UFF, foi possível operar um deslocamento pequeno na trajetória daquilo que efetivamente acontece no dia a dia dos dispositivos, cenários de trabalho e convivência nas redes de saúde.

Foi possível destacar a problemática do vínculo como decisiva para o enfrentamento das questões inerentes ao campo da Saúde. Ela trouxe à luz a necessidade de se situar os debates na formação do estudante e orientá-los para as práticas. Nesse sentido, implicou na exigência em se discutir os arranjos entre teoria e prática, academia/pesquisa e a realidade dos serviços e a própria ideia de formação interprofissional no campo da Saúde.

O PET incorpora professores, alunos, trabalhadores da rede de várias áreas, além de usuários, em cenários de discussão, o que permite que as redes de saúde retomem os efeitos das narrativas a respeito do que fazem e operam concretamente, como momentos das práticas em curso. Isso incide nos trabalhos, realimenta de maneira crítica seus processos e modos de implementação – na verdade, a maneira como o concebemos permitiu a comunicação entre sujeitos de forma franca. A esse respeito, registramos como foi notável o apoio das equipes no sentido de insistirem numa atitude, digamos, “dialógica”, em face de encarar os problemas práticos de todo tipo que surgiam no cotidiano dos serviços. Os deslocamentos mais promissores que pudemos observar nas práticas certamente tiveram como influência fecunda o fato de muitos trabalhadores técnicos da rede estarem incorporados na execução da pesquisa com a metodologia Sombra, junto com professores, alunos e usuários.

O contraponto proposto por nosso texto, sob o patrocínio do PET-Saúde UFF e da metodologia Sombra por ele ensejada, foi uma forma de abordar o processo social enquanto prática política através da insistência em se criar cenários de interlocução “coletivos”, nos quais as narrativas das trajetórias de vida dos usuários são retomadas nas discussões nos serviços, levando em consideração as resistências mesmas às políticas e, a partir daí, se encaminhar a prática como processo crítico, isto é, que se autorretifica através de sua problematização implicando o máximo possível de atores em seu movimento. Ou seja, a proposição de uma *práxis* no sentido mais preciso, próprio desse termo. Isso em oposição a uma prática que apenas objetiva denunciar os aspectos retrógrados dos hábitos naturalizados e discricionários em curso nas práticas, no marco exclusivamente de enfrentamentos ideológicos, que sempre terminam por recaírem em lutas identitárias. Observamos que, no modo como propusemos nossa iniciativa, abria-se uma chance de interlocução com a ordem cultural que se revelou promissora quanto às transformações nas pessoas, em seus valores sobretudo, no sentido de pensarem a saúde como produção e sustentação do cuidado – em suma, como cuidado responsável de si e dos seus.

Referências

1. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro AF, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, Caxias do Sul: EdUCS/UFRS; 2006. p. 37-50.
2. Chacra FC. Metodologia Centrada na Primeira Pessoa na Experiência do Vínculo. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. Pesquisa Qualitativa em Saúde Múltiplos Olhares. Campinas: Unicamp FCM; 2006. p.185-192.
3. Souza ÂC. Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec; 2015.
4. Santos CG, Portugal FTA, Silva MAB, Souza ÂC, Abrahão AL. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. Interface. 2015;5(19):985-93.
5. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde e Sociedade. 2017; 26(2): 329-335.
6. World Health Organization. All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, 2010.
7. Andrade EO, Givigi LRP, Abrahão AL. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. Interface. 2018; 22(64):67-76.
8. Merhy EE. Redes vivas: multiplicidades gerando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e produção do conhecimento em saúde. Divulgação Saude Debate. 2014; 52:153-164.
9. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciências Saúde Coletiva. 2016;05(21):843-852.
10. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum. 2013;39:133-144.

11. Quinderé PHD, Bessa JM, Batista TF. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis*. 2014;06(24):253-271.
12. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev. Port Enferm Saúde Mental*. 2012; 06:46-53.
13. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciências Saúde Coletiva*. 2011;06(16):2753-2762.
14. Figueiredo EBL, Silva APA, Abrahão AL, Cordeiro BC, Fonseca IA, Gouvêa MV. Efeito pororoca nas redes de educação permanente: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(4):1872-1877.
15. Guattari F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
16. Chagas MS, Abrahão AL. Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. *Interface*. 2017;21(63): 857-867.
17. Furtado Juarez P, Oda WY, Borysow IC, KAPP S. The concept of territory in Mental Health. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;11(32):1-15.
18. Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface*. 2017;11(21):833-844.
19. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*. 2011;05(12):4665-4674.
20. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História Ciência Saúde-Manguinhos*. 2015;22(4):1231-1248.
21. Fernandes FLF. Observações esparsas sobre as consequências do uso de drogas nas populações marginalizadas do Rio de Janeiro e adjacências. In: Souza ÂC, Souza LF, Souza EO, Abrahão AL. organizadores. *Entre Pedras e Fissuras: a Construção da Atenção Psicossocial de Usuários de Drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 129-144.

* Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.