

PROJETO
"ETHOS"
DE
ATENÇÃO
À
SAÚDE

_SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RIBEIRÃO PRETO – SP

JUNHO/2003

Guardar

Antonio Cícero

*Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma.
Em cofre perde-se a coisa à vista.
Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por
admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.
Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por
ela, isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por
ela,
isto é, estar por ela ou ser por ela.
Por isso melhor se guarda o vôo de um pássaro
do que um pássaro sem vôos.
Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se
publica,
por isso se declara e declama um poema:
Para guardá-lo:
Para que, por sua vez, guarde o que guarda:
Guarde o que quer que guarda um poema:
Por isso o lance do poema:
Por guardar-se o que se quer guardar.*

*In "Os 100 Melhores Poemas Brasileiros do Século",
Editora Objetiva, 2001.*



Projeto “ETHOS” de Atenção à Saúde

I. Introdução:

**Uma Palavra.
(Chico Buarque)**

**Palavra prima
Uma palavra só, a crua palavra
Que quer dizer
Tudo
Anterior ao entendimento, palavra...**

“Ethos” é a palavra prima.

***“Em seu sentido originário grego, “ethos”
significa a toca do animal ou a casa humana,
vale dizer, aquela porção do mundo que
reservamos para organizar, cuidar e fazer o
nosso habitat”
(Boff, 1999).***

Como nos ensinam Deleuze & Guattari, “ethos” é um conceito e como conceito, tem sua cifra, seu rosto e seu significado designado pelo conjunto de todos os seus componentes. Um deles corresponde à casa humana, ao corpo humano, à estrutura provida de sistemas heterogêneos, interdependentes que, como uma unidade, mantém a vida e a personalidade... a existência. É, portanto a casa do espírito. Outro componente refere-se à modelagem da casa humana: *“esse ‘ethos’ ganhará corpo em morais concretas – valores, atitudes e comportamentos práticos – consoante as várias tradições culturais e espirituais” (Boff).* “Ethos”, como “toca” e “casa”, remete-nos às residências das pessoas: “são casas simples, com cadeiras na calçada, e na fachada escrito em cima que é um lar” (Vinícius de Moraes). A morada da família. Lá dentro as famílias vivem. As pessoas crescem (às vezes até nascem), constroem suas personalidades, vivem em grupo, relacionam-se, trabalham, descansam, discutem, brigam, amam-se, adoecem, envelhecem e morrem. Lá passam momentos de intensa alegria, bem como compartilham tristezas, passam por privações, tudo isso determinado pelas condições físicas, morais, econômicas e sociais disponíveis. Lá

desempenham seus papéis dentro do grupo familiar. Capacitam-se para exercer a vida em comunidade. As pessoas registram, portanto, suas marcas, seus traços e os imprimem na vizinhança, na escola, no trabalho, na cidade... As pessoas oferecem serviços e trabalho a outras pessoas portadoras de necessidades de vida. Escolas, unidades de saúde, núcleos de saúde, igrejas, creches, hospitais, universidades, governos, clubes, associações de entidades oferecem seu préstimo, cuja qualidade dos serviços prestados dependem da energia que se desprende do "ethos" de um grupo de pessoas. Aqui, então, remetemo-nos ao "ethos" que se refere às cidades, seus sistemas, seu ambiente, seu ecossistema. Remetemo-nos então, dessa maneira, às regiões, aos estados, aos países, ao planeta. "Ethos" é a palavra geradora, criativa, rica em significado, que corresponde a um conjunto de temas geradores cuja discussão implica, necessariamente, *"uma metodologia que seja dialógica, conscientizadora, que proporcione, ao mesmo tempo, a apreensão dos temas geradores e a tomada de consciência dos indivíduos em torno dos mesmos"* (Paul Freire). Faz-se necessária uma remodelação do "ethos" para a construção de uma sociedade mais justa, equânime, solidária, que respeite as diferenças, as minorias e que também cuide do ambiente em que vivemos. Esse "ethos" deverá *"emergir da natureza mais profunda do humano"* (Boff). Os conceitos e temas geradores são totalidades que, com seus componentes, ressoam em conjunto e a postura filosófica que os utiliza apresenta sempre uma unidade, um *"Uno-Todo ilimitado"* que compreende a todos os conceitos, as palavras geradoras, num só e único plano. *"É uma mesa, um platô, uma taça. É um plano de consistência, ou mais exatamente, um plano de imanência dos conceitos"* (Deleuze & Guattari). Traça-se um plano que busca compartilhar trabalho, para que as pessoas se sirvam de conceitos... e criem outros... em grupo, em equipe... sonhando e vivendo experiências... con-vivendo. Um plano de saúde para todas as pessoas, para toda cidade, que inclua outros temas geradores... trabalho, acesso, acolhimento, responsabilização, saúde da família, territorialização, equipes, grupos, instrumentos, diagnóstico, avaliação, gente, trabalhador, usuário, universidade, aluno, professor, gestão, gestor, comissão local de saúde, conselho de saúde, SUS,

capacitação, formação, financiamento, gente (de novo), subjetividade, intersubjetividade, cuidado, cordialidade, carinho, compaixão... missão. *“A filosofia é um construtivismo cuja tarefa é criar conceitos e traçar um plano. Os conceitos são como vagas múltiplas que se erguem e se abaixam, mas o plano de imanência é a vaga única que os enrola e os desenrola” (Deleuze & Guattari).*

A Secretaria Municipal da Saúde, como organização responsável pela atenção à saúde da população, gestora do Sistema de Saúde Municipal, na modalidade plena de gestão, neste documento – **Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde** - apresenta sua proposta de ações visando um impacto edificante na qualidade da assistência à saúde oferecida e na qualidade de vida dos moradores de Ribeirão Preto. Isto é, este documento propõe as bases da ação social e da política de saúde para o município.

*... Palavra boa
Não de fazer literatura, palavra
Mas de habitar
Fundo
O coração do pensamento, palavra.
(Chico Buarque)*

II – Caracterizando o setor público de saúde do município

Ribeirão Preto, com 527.734 habitantes¹, configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, nesse setor, das mais invejáveis em termos de disponibilidade de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade. A rede básica conta atualmente com 34 unidades: 5 com funcionamento 24 horas e cinco núcleos de saúde da família concretizados através de parceria com a Universidade São Paulo (FMRP e EERP). A rede pública de atenção primária encontra-se em ampliação com a construção de mais 3 unidades básicas de saúde. No nível secundário de atenção, a rede pública conta com 7 ambulatórios de especialidades entre próprios, conveniados e contratados (PAM-II - especialidades pediátricas, NGA-59 - especialidades

¹ Fonte: Datasus/2003.

médicas, NADEF – Núcleo de Atenção à Saúde de Pessoas Portadoras de Deficiências – estimulação precoce e atenção à pessoas portadoras de fissuras lábio-palatais, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Saúde Mental – CSE – USP, Ambulatório de Especialidades Sta. Casa / UniMauá, Centro de Especialidades Electro Bonini – Unaerp) e também a oferta de determinadas especialidades em unidades distritais. A assistência hospitalar da rede pública no município é prestada em 8 estabelecimentos conveniados/contratados pelo gestor e também no HCFMRP-USP. Podemos observar o aumento da capacidade de atendimento, especialmente de consultas médicas, a alocação de profissionais de outras especialidades médicas e não médicas (enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, outros trabalhadores), alocação de trabalhadores não especializados (agentes comunitários de saúde) e a adequação dos estabelecimentos de saúde para cuidar de pessoas que necessitam de atendimentos especializados, por exemplo, pessoas com seqüelas de politraumatismos, pós-cirúrgicos complexos.

É sensível a melhora do acesso em termos físicos, com unidades de saúde distribuídas em todo município, mas todos estes esforços na direção da reforma sanitária, não têm conseguido fazer valer a garantia do direito à assistência à saúde da população de Ribeirão Preto segundo os preceitos da Constituição: universalidade, equidade, integralidade e ainda no que diz respeito a resolutividade e a humanização da assistência. Esta situação tem gerado insatisfação não só da população usuária, mas também de trabalhadores, gerentes e gestores.

III - Diagnóstico da Situação de Saúde do município

A rede pública tem oferecido, em sua grande maioria, um modo tradicional de atenção à saúde da comunidade: consultas médicas individuais-curativas com agendas organizadas segundo uma lógica burocrática determinada pela disponibilidade de recursos, voltada para a realização dos procedimentos como finalidade última; utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes; esgotamento de recursos financeiros e ações de vigilância mais voltadas para o atendimento a determinações

programáticas ministeriais, que nos chegam verticalmente, em geral, na forma de campanhas focalizadas. Enfim, vive-se um paradoxo fundamental: ampla rede física e de recursos humanos, servida de tecnologia de ponta da mais alta qualidade e, ao mesmo tempo, um “modo-de-trabalho” muitas vezes não resolutivo, dispendioso, não cordial e impessoal, que não atende aos clientes de forma integral e acolhedora. Esse é o perfil do modelo assistencial hegemônico vigente, que é base das históricas diretrizes tecnopolíticas de muitas cidades brasileiras há anos: regra geral das sociedades atuais. Esta é a realidade da nossa sociedade contemporânea, que aumenta a distância entre as pessoas, que cria a solidão, que embrutece os indivíduos, afetando a vida humana naquilo que ela possui de mais fundamental: o cuidado e a com-paixão:

“O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado encontra-se o “ethos” fundamental do humano (a toca, a casa humana, o âmago, o conjunto de princípios que regem o comportamento). No cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” (Boff, 1999).

O cuidado é o “ethos” fundamental e necessário para modificar o processo de trabalho em toda rede.

IV - Diretriz proposta

Consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) redirecionando o eixo do modelo tecno-assistencial para a Atenção Básica à Saúde (ABS).

A Conferência de Alma-ata, em 1978, definiu Atenção Básica como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, dentro de um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde de um país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”

Redirecionar o sistema enfocando a Atenção Básica como seu componente fundamental materializa-se pelo deslocamento de uma prática de atenção médica primária para uma atenção básica à saúde que seja organizada para “ênfatisar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade e aceitação de um conceito amplo de saúde” (Vuori, 1996).

Dentro da Atenção Básica, a Secretaria Municipal da Saúde, elege a Saúde da Família como norteadora deste processo de consolidação do SUS almejando concretizar o atendimento de seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização.

O compromisso com a integralidade da atenção entendida, neste momento, como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” traduz-se em uma programação ambulatorial e hospitalar (incluindo assistência de urgência e emergência) fundamentada no atendimento da necessidade do usuário e

considerando a condição de município-pólo de atenção no contexto regional (BRASIL, 1990).

V - Aspectos da Mudança Desejada

a) A lógica da centralidade **no cuidado ao usuário** (nos seus problemas, necessidades, na qualidade de sua vida) para nortear todo o trabalho em saúde na rede pública, em lugar da centralidade nos recursos e procedimentos. Essa mudança se traduz, por exemplo, em ações de estabelecimento de vínculo, de acolhimento, de promover a autonomia do usuário no cuidado de si.

b) A produção de sujeitos - os trabalhadores de saúde e os usuários - autores de suas ações e do cuidado de sua saúde de forma responsável, autônoma e feliz. A mudança aqui é assumir a produção histórica e social de sujeitos ao mesmo tempo em que se produzem ações de saúde.

c) A adequação das formas de gestão, organização e avaliação do trabalho na rede pública considerando as dimensões técnicas, políticas, sociais, culturais e subjetivas envolvidas. O planejamento ascendente, a descentralização dos níveis de decisão, a publicização das informações, critérios e instrumentos de gestão/gerência, seriam exemplos da mudança almejada.

VI – Estratégia

A definição da estratégia para sensibilizar os trabalhadores para uma ruptura radical com o modelo assistencial existente, no momento, é a mais importante indicação a ser oferecida. O termo estratégia nos remete a arte militar de planejar: onde, como, quando travar um combate, movimentar as tropas, recuar ou avançar, para alcançar determinados objetivos (Sun-Tzu).

Desta forma, a estratégia escolhida pela SMS baseia-se na re-construção e re-ordenação das práticas, dos modos de gestão e dos serviços prestados, com participação efetiva da comunidade: mudança de atitude frente aos problemas individuais e coletivos, com cordialidade, acolhimento, responsabilização e resolutividade, conduzidos por parâmetros humanitários e de cidadania. Uma estratégia que permita o adequado cuidado à vida das pessoas, entendendo também o significado

mais completo de saúde que “*não é a ausência de danos, mas sim a força de viver com esses danos*” (Boff, 1999). Ser saudável significa realizar um sentido de vida que englobe a saúde, a doença e a morte. Torna-se imperioso que o trabalhador entre em contato com novas e edificantes experiências que, sem dúvida, também o tornará mais “saudável”. Busca de vocação, desejo, atitude coletiva, grupos de trabalho, conviver e respeitar diferenças de opinião, participar com responsabilidade de decisões importantes. Como já discutia Campos (1994), para consolidar verdadeiramente a Reforma Sanitária, seria necessário desalienar os trabalhadores de saúde, reformular as estruturas e as maneiras de governar serviços públicos.

A estratégia principal que dará sustentação a todas que adotaremos em nosso município será a **CO-GESTÃO**.

VI.1 - Co-gestão

Campos (1994) ao se referir à sua produção Reforma da Reforma: Repensando a Saúde escreve:

“Centralmente, sugeri uma ampliação prática da diretriz da descentralização, principalmente por meio da progressiva e concomitante delegação de autonomia e de maiores responsabilidades às equipes de saúde. (...) e que essas equipes, a partir de diretrizes políticas, administrativas e assistenciais, de conteúdo mais geral, deveriam, elas próprias, definir as normas e procedimentos referentes ao desempenho de suas atribuições, incluindo a organização do processo de trabalho, seleção de meios e técnicas necessários ao cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Argumentei que essa negociação de mão dupla _ de um lado, diretrizes governamentais e pressão social, e de outro, autonomia _ seria a base para o estabelecimento de um CONTRATO, onde estariam explicitados, de uma forma bastante concreta e operacional, direitos e deveres desses trabalhadores e dos clientes. Refiro-me a compromissos com indicadores de produtividade, de qualidade, de humanização e de acolhimento dos pacientes ou grupos comunitários. (...) advoguei a criação de um sistema de co-gestão (...).” (Campos, 1994, p.43-44).

Para Campos (2000, p.14),

“a gestão é uma tarefa coletiva - sistemas de co-gestão - e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas”.

Esta estratégia implica numa reformulação da estrutura de identificação de problemas e tomadas de decisão de toda a Secretaria da Saúde, de forma que todo o conjunto, nível central e local se responsabilize pela resolução dos problemas, uma vez que, todos participarão das decisões. O autor propõe o método da roda, isto é, a construção de espaços colegiados de gestão no nível local da produção do cuidado do usuário - a UBS, UBDS, o ambulatório de especialidades, etc. Este colegiado de gestão seria formado por representantes de cada unidade de produção do estabelecimento de saúde. Unidade de produção segundo Campos (2000), trata-se de um coletivo organizado (um conjunto de pessoas que se organiza em função do compromisso de se produzir algum Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade) de diferentes profissionais envolvidos em um certo processo produtivo, no caso, a produção do cuidado, que como Valor de Uso produzido tem dupla utilidade: uma social, de atender necessidades e ao mesmo tempo de controle social. Por exemplo, nas Unidades de Saúde, sugerimos a formação de colegiados por representantes de equipes de referência (equipes de saúde da família) e das comissões locais de saúde. Na sede administrativa da Secretaria Municipal da Saúde, fóruns de representatividade dos trabalhadores estarão em funcionamento buscando “quebrar” a tradição da centralização das decisões e dos recursos técnicos e financeiros. Serão verdadeiros grupos de trabalho.

VII) Programação da Atenção à Saúde nos Distritos de Saúde

A SMS deseja, com o projeto "Ethos", programar a atenção nos Distritos de Saúde proporcionando mecanismos e condições que permitam torná-lo, como explicitado por Eugênio Vilaça:

"um processo social de mudanças das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e eficácia sociais, a equidade e a democratização, e que se institui em um território... no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviços de saúde (reordenadas com certos princípios organizativos e assistenciais) e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos e organizativos" (Mendes, 1996).

A construção de um Distrito de Saúde baseado na concepção de território-processo supera a lógica vigente que restringe o Distrito Sanitário a uma simples delimitação geográfica interposta burocraticamente ao nível central de governo. O Distrito de Saúde passa a se desenvolver de forma semelhante ao preconizado pela proposta de conformação de Sistemas Locais de Saúde (Silos) incentivada pela Opas na América Latina, citada por Aluísio Gomes e fundamentada nos seguintes aspectos:

- a)** Reorganização do nível central para conduzir a política de saúde do município mesmo quando não executar todas as ações;
- b)** Descentralização e desconcentração implicando em transferência para o distrito de poder político, administrativo e de recursos financeiros;
- c)** Participação Social no planejamento/programação, execução e avaliação das ações de saúde propostas para o Distrito de Saúde através de comissões locais ou outras modalidades de organização social;
- d)** Intersetorialidade exercida pela relação com todos os níveis de governo como resposta ao enfoque ampliado de saúde;
- e)** Readequação dos mecanismos de financiamento assegurando a execução de ações propostas para serem desenvolvidas dentro do Distrito de Saúde.
- f)** Desenvolvimento de um Novo Modelo de Atenção à Saúde que contemple não só a revisão das práticas assistenciais, mas que garanta a

integração de conhecimentos, o uso racional de recursos e a efetiva participação e controle social.

g) Reforço da capacidade administrativa do Distrito de Saúde disponibilizando recursos humanos capacitados, adequação de um sistema de informação em saúde, existência de recursos físicos e insumos básicos para desenvolvimento das atividades propostas e condições para administração dos recursos financeiros;

h) Capacitação da força de trabalho pela integração docente assistencial que viabilize tanto a requalificação dos recursos humanos quanto a formação acadêmica de modo a atenderem às novas demandas da reorganização proposta.

A Secretaria Municipal da Saúde com o Projeto "Ethos" e em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, no tocante a formação de recursos humanos para o setor, a partir do Distrito de Saúde propõe que seja estabelecida uma interação efetiva entre o gestor do sistema local de saúde e as universidades com vistas à reorientação e aceleração do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Ceccim e colaboradores (2002), no texto, "O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil", reforçam que durante a XI Conferência Nacional de Saúde, 2000, a questão formação de recursos humanos e SUS foi debatida com muita propriedade, de onde destacam a necessidade de:

"Integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias Universidade-Sociedade de tal forma que universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação e que tenham, como parte de sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com o serviço de saúde com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de saúde de sua região, seu país e seu mundo e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade por meio, por exemplo, da extensão. Garantir

uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o sistema de saúde.”

Existe um entendimento de que o processo formativo de recursos humanos do setor saúde deva deslocar o eixo do ensino-aprendizagem centrado na assistência individual e prestado, principalmente, em unidades hospitalares, para outro sintonizado com o SUS, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população apreendendo o processo saúde-doença no âmbito familiar e não apenas no nível hospitalar (PROMED, 2002). Essa tarefa implica no deslocamento dos espaços das práticas de ensino para onde ocorre a maior parte do trabalho clínico e sanitário, cuja responsabilidade encontra-se nos sistemas municipais ou estaduais de saúde.

Dessa forma, a Secretaria da Saúde acredita que possa contribuir para a formação de profissionais com capacidade de resolver problemas de saúde e não somente de doenças, interesse essencial do SUS.

Portanto, o Gestor do SUS Municipal entendendo ser importante essa interface com o aparelho formador propõe a reorganização de Distritos de Saúde Escola, através da parceria com Universidades sediadas no município: Universidade de São Paulo (USP) _ DSE OESTE; Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) _ DSE LESTE; Universidade Barão de Mauá (UNIMAUA) _ DSE NORTE.

Um Colegiado de Co-gestão Distrital, composto por profissionais das equipes distritais, representantes das Universidades e da comunidade, à princípio, terão a missão de desenvolver um projeto de Sistema Local de Saúde (SILOS) para o Distrito de Saúde Escola.

Após a oficialização do Colegiado de Co-Gestão Distrital, este terá um prazo de três meses para fazer uma avaliação da situação de saúde (incluindo diagnóstico sócio-demográfico, epidemiológico, gerencial, financeiro, assistencial e estrutural) do Distrito em questão que subsidiará a elaboração da proposta de intervenção para a região. A proposta de

intervenção, após este prazo, deverá ser apresentada para apreciação, consideração e deliberação, do gestor municipal e do Conselho Municipal de Saúde. Após a aprovação da proposta de intervenção pelas instâncias competentes, o Colegiado de Co-Gestão Distrital assumirá a coordenação da implantação do projeto com autonomia administrativa para a organização do sistema local de saúde, respeitando as diretrizes determinadas pela política municipal de saúde buscando sempre a integralidade da assistência. No teor da proposta estará prevista uma avaliação de desempenho onde serão considerados indicadores que permitam analisar o impacto sobre a saúde da população adscrita ao Distrito referente às medidas adotadas após o período de um ano de implantação do projeto. Ressaltamos que, no momento, os dois Distritos de Saúde que não forem estruturados sob a forma de DSE passarão pelas mesmas mudanças propostas sob o aspecto de reorganização da assistência municipal.

Neste contexto, a SMS pontua os seguintes objetivos a serem alcançados:

a) Construir um modelo tecnoassistencial centrado no cuidado e nos sujeitos por meio de uma cooperação sistemática e contínua entre o gestor local e Universidade, no tocante a formação de recursos humanos, prestação de serviços e produção do conhecimento que atendam às necessidades do SUS.

b) Promover a aproximação da universidade à comunidade por meio da participação direta da instituição de ensino, pesquisa e extensão na consolidação do Sistema Municipal de Saúde, tanto na requalificação dos profissionais que estão atuando no setor, quanto na formação dos futuros trabalhadores da saúde.

c) Capacitar profissionais do setor saúde e acadêmicos para atuação tanto nos serviços assistenciais diretos da rede pública, com ênfase às unidades de atenção Básica e secundária, como nas áreas de definições de planejamento e programação, avaliação da atenção à saúde e produção tecnológica segundo os pressupostos do SUS.

A Secretaria Municipal da Saúde irá estabelecer esta parceria por meio de relações formais juridicamente determinadas (convênios ou contratos),

tendo o gestor como principal condutor do processo e responsável por sua avaliação.

VIII. Organizando os Níveis de Atenção

VIII.1) Atenção Básica à Saúde - Saúde da Família

Pensar modelos de atenção em saúde requer o repensar da definição de saúde, do que se recorta como objeto de trabalho, dos instrumentos e saberes colocados em ação e do projeto político em viabilização. Para a implantação efetiva da Saúde da Família, se faz necessária a co-gestão, a prática de discussão conjunta entre trabalhadores por unidades de produção, centrando a finalidade de toda ação na produção do cuidado, na defesa da vida e na necessidade dos usuários.

As bases para a mudança do modelo assistencial na proposta do Ministério da Saúde incluem uma equipe mínima, a adscrição de um número de famílias para cada equipe, o diagnóstico e planejamento local, ações estabelecidas para a abordagem dos problemas identificados prevendo a integração dos diversos níveis de atenção, a intersetorialidade, o trabalho de equipe, a responsabilização e o vínculo com os usuários. Tendo em vista a situação de cada unidade, potencialidades e recursos, propomos diferentes configurações de atenção na Saúde da Família, todas voltadas para a descentralização e para a produção do cuidado e de sujeitos: cada equipe de saúde da família constitui-se em uma equipe de referência a um certo número de famílias adscritas.

VIII.1.1) Equipes de referência:

Essa proposta tem por eixo central a adscrição de usuários para as equipes multiprofissionais.

“Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada Unidade de Saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. De qualquer forma, estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção Básica, hospital, ou especialidade, etc.” (Campos-1999).

As equipes de referência trabalharão com as noções de núcleo e campo de competência e responsabilidades. O núcleo de competência e de responsabilidade diz respeito a ações específicas de cada profissão, como no caso do médico, seu núcleo é o diagnóstico clínico. As ações referentes aos núcleos contarão com protocolos de conduta estabelecendo competências mínimas para atenção básica. O campo de competência abrange todos os trabalhadores e são ações que estarão em desenvolvimento pela equipe de referência. Citamos como exemplo: as orientações sobre vacinas, os grupos educativos, as atividades de diagnóstico comunitário, etc.

A produção do cuidado refere-se à construção e acompanhamento de um projeto terapêutico de cada família ou usuário que será seguido por sua equipe de referência mesmo que este tenha que ser encaminhado a algum especialista em outra instância de referência (hierarquização do sistema - referência e contra-referência).

As equipes de referência, tradicionalmente mantém um recorte da atenção básica, da criança, da mulher, do adulto, do idoso, divisão já existente na organização das UBSs, mas cada equipe de referência teria sob sua responsabilidade, para assegurar a atenção integral à saúde, uma população de mais ou menos 1.200 a 1.500 pessoas. Assim, cada equipe de trabalho teria adscrito uma parcela das famílias residentes na área de abrangência da UBS em que trabalha e não indiscriminadamente qualquer pessoa moradora da área de abrangência da UBS. A SMS propõe, através do Projeto “Ethos”, que toda equipe de referência seja transformada em

equipe de saúde da família, uma vez que a proposta principal deste projeto é estruturar a Atenção Básica com Saúde da Família, ou seja, “arrumar a casa”: um novo processo-de-trabalho onde todas as atenções são voltadas às famílias adscritas, aos lares, às moradas, enfim, às pessoas das famílias. A proposta deste projeto é de sensibilizar e capacitar o trabalhador para a transformação de seu “ethos”... Para que esse “ethos” possa ser incorporado em valores e atitudes práticas no dia à dia... Para que possa compartilhar sua autonomia e disposição com as pessoas a quem atende, auxiliando-as na transformação de seus próprios “ethos”... Na re-construção de um “ethos coletivo” que propicie uma transformação do ambiente e sociedade.

Com a implantação das unidades de produção acima citadas, cada uma com seu conjunto de trabalhadores, terão adscritas um certo número de usuários e de famílias. Esses responderão pelas questões de saúde que envolvem aquelas pessoas numa abordagem integral e com responsabilidade de encaminhá-las para algum outro estabelecimento de saúde, quando necessário. Dessa forma, quando uma pessoa necessitar de internação hospitalar, p.ex, não perderá seu vínculo com sua equipe de saúde da família de referência.

VIII.1.11) Apoio Matricial:

Além das equipes de referência os trabalhadores contarão com apoio matricial. A magnitude do apoio matricial aparecerá, principalmente no momento de estruturação do novo projeto. A nova forma de trabalho gera, inicialmente, uma certa angústia e o apoio e capacitação continuada se fazem necessários. Deste modo, o apoio matricial poderá ocorrer tanto no núcleo como no campo de competência. Um exemplo do agir da equipe matricial pode ser o caso de um trabalhador que é de uma dada equipe de saúde da família de referência, por exemplo, da Equipe 1 de produção de cuidados para as mulheres do posto X. Esse trabalhador é também especialista em sexualidade, portanto poderá fazer apoio matricial às outras equipes de saúde da família de referência, na mesma unidade de saúde ou em outras mais. Apoiará o trabalho de seus colegas com mulheres, crianças e jovens, auxiliando as equipes a desenvolverem

ações com os trabalhadores, voltados para o tema em questão. Outros trabalhadores como dentistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, poderão fazer apoio matricial para um número específico de equipes de referência.

VIII.I.III) Instrumentalização das equipes:

Instrumento significa: “recurso à disposição, empregado para se alcançar um objetivo, para conseguir um resultado, um meio” (Aurélio). Esse resultado-objetivo é a ação transformadora praticada segundo as diretrizes e indicações ético-políticas oferecidas por este projeto. Instrumentos apropriados para a prática cotidiana de saúde estão abaixo relacionados.

VIII.I.III.I) Acolhimento:

“... A lucidez só deve chegar ao limiar da alma. Nas próprias antecâmaras do sentimento é proibido ser explícito. Sentir é compreender. Pensar é errar. Compreender o que uma outra pessoa pensa é discordar dela. Compreender o que uma outra pessoa sente é ser ela. Ser outra pessoa é de uma grande utilidade metafísica. Deus é toda gente...” (Fernando Pessoa)

Nas relações interpessoais, entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores de uma mesma unidade de saúde ou de um mesmo distrito, entre pessoas que compartilham um mesmo território de moradia e trabalho, para emergir o “ethos” reconstruído e cuidador, o acolhimento torna-se o principal instrumento de trabalho. Compreender o que outra pessoa sente é o primeiro passo para a re-estruturação das subjetividades. É a base do cuidado e da compaixão... Uma transformação de uma pessoa em outra: no aspecto de re-construção íntima e também no aspecto de sentir nas entranhas o que uma outra pessoa sente. O acolhimento vem sendo proposto e utilizado como forma alternativa de busca de mudança na saúde. Entretanto, seu uso tem se dado mais como uma etapa do atendimento na unidade de saúde, isto é, uma recepção mais bem qualificada, para garantir acesso, do que propriamente como promotor das mudanças almejadas. Entendemos que o acolhimento é

extremamente importante para o acesso, mas não suficiente para a satisfação das necessidades dos usuários, tendo em vista a complexidade do fenômeno saúde/doença e a multiplicidade de expectativas, necessidades e possibilidades de posicionamentos e respostas que podemos assumir no encontro trabalhador de saúde e usuário. Considera-se o acolhimento, enquanto processo, como uma tecnologia leve (Merhy, 1997), de relações, resultado de práticas de saúde, constituindo-se assim em um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do atendimento. Com isto não estamos considerando o acolhimento apenas como recepção do usuário em um serviço de saúde qualquer, mas como uma ação do campo de competência e responsabilidade² de todos os trabalhadores das unidades de saúde, independentemente de sua qualificação técnica (Matumoto, 1998), envolvendo a escuta, a responsabilização pelo outro, pelo problema apresentado, pelo cuidado, assim como favorecendo o desenvolvimento de sua autonomia e cidadania. Encontramos aspectos semelhantes na definição de acolhimento de Bueno & Merhy (1997, p.3):

“O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da ‘recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho’, do conceito do Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um reinventar a qualidade da assistência”.

Quando se pensa na potência do acolhimento como disparador para a mudança de modelo, não se está pensando em uma grande alteração estrutural, mas sim na sua produção em processo, partindo-se da análise sobre as práticas atuais de saúde, buscando identificar quais sujeitos e projetos terapêuticos estão em disputa e em construção, e quais valores e concepções de saúde/doença os norteiam, relacionando-os ao foco

² Campos (1997) utiliza os conceitos de competência e responsabilidade decorrentes da especialização de saberes e práticas, associando-os aos de campo e núcleo, compondo os conceitos de Campo de Competência e de Responsabilidade e Núcleo de Competência e Responsabilidade, definindo Núcleo como o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade e

principal da saúde, o homem, suas necessidades e sofrimentos. O Projeto "Ethos" entende ser o acolhimento instrumento indispensável para produção do cuidado e para a capacitação de trabalhadores com vistas a uma real possibilidade de transformação subjetiva.

O sentido apontado pela SMS-RP, através do Projeto "Ethos", deverá ser o de abandonar a organização voltada exclusivamente para a produção de procedimentos enquanto atividade fim, direcionando-a para o projeto em defesa da vida, ou seja, produção de cuidado e produção de sujeitos, trabalhadores e usuários, antes de qualquer coisa, homens, seres de necessidades e de desejos, ou seja, cidadãos³. Para operacionalizar esta estratégia será necessário promover reflexões e análises acerca da prática do Acolhimento, na ótica da relação trabalhador-usuário, pelos próprios trabalhadores, em espaços coletivos de trabalho, com o propósito de favorecer a auto-análise e auto-gestão, buscando sensibilizar para a necessidade de mudança no modo de fazer o trabalho em saúde, orientando a organização do processo de trabalho para a relação de atendimento, exatamente para seu momento de produção, considerando os aspectos humanos, objetivos e subjetivos, presentes na construção de qualquer ação de saúde. A possibilidade de estabelecer espaços coletivos para trabalhar, elaborar as dificuldades relacionais com que nos deparamos nos serviços de saúde, tanto de trabalhadores com usuários como entre trabalhadores, tem conformado um dos caminhos para mudanças (Campos, 2000; Fortuna, 1999), ao mesmo tempo em que, no processo, os sujeitos podem se transformar e se perceber protagonistas de suas ações. Entendemos que as unidades com potencialidade de adotar esta estratégia necessitarão de assessoria no uso de alguns instrumentos técnicos como o fluxograma analisador, a árvore de problemas e outros, e para definição e acompanhamento de parâmetros de avaliação da estratégia.

VIII.1.III.II) Planejamento ascendente e integrado:

Campo como os saberes e responsabilidades comuns a todos os trabalhadores independentemente de profissão ou especialidade.

³ Estamos usando o termo "cidadãos" no sentido gramsciano de sujeitos de direitos.

O planejamento ascendente e integrado com a diretriz da SMS que se pauta na democratização e responsabilização pelo cuidado aos usuários da rede de saúde de Ribeirão Preto relaciona-se com a co-gestão e pressupõe uma revisão do atual modo de trabalho.

A prática social e histórica tradicional na saúde reafirma a divisão técnica e social entre os trabalhadores, polarizando-os naqueles que pensam versus aqueles que executam. Na concepção de gestão adotada, base de sustentação do Projeto "Ethos", reconhece-se que todos os trabalhadores governam e possuem saberes importantes para viabilizar a atenção à saúde. O projeto "Ethos" de Saúde propõe então, oficinas de planejamento ascendente e territorialização. Dados de cadastro das famílias realizados por agentes comunitários de saúde, levantamentos de atendimentos da Unidade, o diagnóstico elaborado pelos trabalhadores da SMS-RP, entre outros, servirão para estabelecer e pactuar indicadores em cada Unidade ou Núcleo de Saúde da Família.

O Projeto "Ethos" indica a necessidade de instrumentalização dos trabalhadores das Unidades para operarem com dados, informações e indicadores de saúde. Esses assuntos deverão ser alvo de oficinas locais de trabalho que contarão com trabalhadores dos programas e divisões, bem como de representantes dos usuários por meio das comissões locais de saúde.

VIII.II) Atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar

Na perspectiva de realmente redirecionar o modelo tecnoassistencial, o Projeto "Ethos" pretende intervir na organização da atenção de forma a torná-la eficaz e eficiente com o objetivo de garantir a integralidade da atenção ao usuário SUS respaldando e consolidando a efetiva implantação da Saúde da Família.

O êxito da diretriz desejada para a condução da Atenção Básica - Saúde da Família - vincula-se à explicitação de um fluxo de referência e contra-referência funcional que suporte as ações planejadas para o sistema municipal de saúde.

A cidade se encontra diante de um panorama pouco satisfatório da atenção secundária quanto sua resolutividade e acessibilidade,

conseqüentes de uma multiplicidade de fatores, entre os quais citamos o planejamento/programação e modo assistencial fiéis a lógica do atual modelo hegemônico geradores de uma demanda excessiva para este nível de complexidade do sistema, tanto nos serviços próprios do município quanto nos conveniados e contratados, com o resultante comprometimento do atendimento das verdadeiras necessidades dos usuários.

Outra constatação refere-se à organização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que também atendem a lógica centrada na produção e não no cuidado, tornando a prestação destes serviços dentro do sistema local de saúde pouco resolutiva e onerosa.

A assistência hospitalar, atualmente, estruturada dentro do mesmo processo de atendimento de demandas, apresenta um número crescente de internações. Esta situação merece ser melhor avaliada e também direcionada para a transformação: o novo modo de produção de ações de saúde que se deseja implantar no município, sem esquecer da magnitude de ser Ribeirão Preto um pólo de atenção em toda região, e das implicações deste papel na organização assistencial da saúde regional.

Para reverter este cenário vislumbrando um novo modo de agir em saúde, tema central do Projeto "Ethos", a SMS transformará suas relações internas em uma interação interdepartamental efetiva (Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas e Departamento de Informática, Estatística, Avaliação, Controle e Auditoria, Departamento Administrativo, Financeiro e de Recursos Humanos) reprogramando a atenção e estruturando uma regulação do Sistema Municipal de Saúde.

A regulação almejada pela SMS relaciona-se ao significado verbal da palavra regular - "dirigir em harmonia com as regras ou leis" (Aurélio). As regras ou leis que se pretende seguir correspondem às determinações constitucionais de 1988 sobre a saúde e as disposições das leis orgânicas da saúde 8080 e 8142/90.

A regulação do sistema local deve promover a equidade do acesso e a integralidade da atenção, na medida em que, como ferramenta da gestão,

for empregada para fornecer, oportunamente, resposta aos usuários segundo a complexidade de suas necessidades de saúde.

O Projeto "Ethos" dimensiona o papel do município compreendendo a responsabilidade de atendimento das necessidades de saúde dos usuários residentes e também dos usuários referenciados na composição do Plano Diretor de Regionalização (NOAS 01-02). Neste sentido, reveste-se de maior significado o conhecimento aprofundado dos serviços assistenciais do município para que seja executado um planejamento sensível, primordialmente, às questões de saúde da população dentro de uma rede de atenção funcional, hierarquizada e regionalizada. Otimização de recursos existentes e fornecimento de subsídios para o processo de programação pactuada e integrada, controle e avaliação do sistema municipal de atenção a saúde são também funções precípuas da regulação.

A estruturação da regulação do sistema local de saúde envolverá profissionais dos departamentos listados acima, constituindo-se um grupo técnico para a feitura, em 3 meses, de um abrangente diagnóstico assistencial e gerencial que exponha de forma ordenada e criteriosa os fluxos a serem seguidos dentro do sistema para consultas especializadas (médicas e odontológicas e de psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, etc), exames de apoio diagnóstico e terapêutico, internações eletivas e de urgências, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras.

A regulação das atividades administrativas, orçamentárias e da política de recursos humanos também se faz oportuna na medida em que, no Projeto "Ethos", propomos uma unicidade no planejamento das ações de saúde e dos mecanismos gerenciais e de gestão.

Após a confecção deste diagnóstico o grupo técnico apontará os instrumentos específicos a serem utilizados para a operacionalização da regulação do sistema municipal de saúde.

IX – Avaliação e controle

A universalidade, integralidade e equidade da atenção preconizadas pelo SUS e pretendidas pelo Projeto "Ethos", também devem fundamentar a organização dos modelos de controle e avaliação eleitos pelo Sistema Local de Saúde. Isto implica em construção de modelos que produzam ações permanentes e articuladas com o planejamento/programação da atenção à saúde. Conseqüentemente, o setor de controle e avaliação deve possuir como lógica de ação o conhecimento do diagnóstico da situação de saúde do município, das necessidades de saúde, do escalonamento das prioridades do campo técnico, político e social, bem como, da coerência entre o planejamento e a execução da programação de saúde estabelecida (Peixoto, 2001). Esta trajetória justifica-se pela premência de se fornecer ao gestor e ao conselho de saúde as informações que possibilitarão a manutenção ou re-direcionamento do modelo gerencial e assistencial inicialmente escolhidos.

Toda a organização do setor de controle e avaliação pressupõe, no entanto, um sistema de informação que dê suporte à proposta de condução do sistema de saúde do município. Neste sentido, torna-se mister o conhecimento e manuseio de todos os sistemas de informação produzidos pelo Ministério da Saúde, a adequação destes sistemas à realidade municipal ou a criação de sistemas de informação próprios, que contemplem as especificidades do município, possibilitando o emprego concreto destes sistemas como instrumentos de gestão.

O Projeto "Ethos" deseja que as práticas de controle eleitas superem o histórico molde contábil-financeiro para interagirem com a totalidade do planejamento do modelo tecnoassistencial e primarem pela busca de uma gestão de qualidade do sistema de saúde.

O incremento do componente avaliação do sistema de atenção à saúde apresenta-se como necessidade emergente e para tanto precisa ser sistematizado e inserido nas rotinas dos serviços avançando ainda, na garantia da participação do usuário no processo avaliativo do SUS.

X - Participação Social

O parágrafo segundo do artigo primeiro da Lei 8142/90 dispõe sobre o Conselho de Saúde destacando seu caráter permanente e deliberativo, a

formação de sua representatividade (usuários, profissionais do setor saúde, membros do governo e de prestadores de serviço ao sistema público de saúde) e sua influência na formulação e controle da execução da política de saúde.

Vê-se, desta forma, a amplitude de ação e a magnitude deste colegiado no cenário do sistema de saúde.

O Projeto "Ethos" reconhece a importância para o sistema local de se estabelecer com o Conselho Municipal de Saúde uma legítima parceria que valorize e sedimente esta conquista advinda da criação do Sistema Único de Saúde: a participação social.

No entanto, concordamos com O'Dwyer e Moysés quando discutem, em publicação sobre Conselhos Municipais de Saúde que:

"estar assegurada a participação do usuário na gestão pública do sistema, por via legal, é antes de tudo uma conquista de cidadania, porém, não o suficiente para a garantia de uma participação plena".

No mesmo artigo, estes autores fazem algumas considerações pertinentes à condução do processo de efetiva participação social:

"... a manutenção de um espaço democrático de vocalização das demandas sociais, de explicitação do jogo político, da negociação entre os atores sociais envolvidos, da busca de transparência e garantia de acesso à informação são requisitos necessários ao amadurecimento do processo político de construção e aprofundamento das instâncias do exercício do controle social".

Dentro deste "exercício do controle social" a Secretaria Municipal da Saúde, com o Projeto "Ethos", pretende incentivar a criação e a atuação das Comissões Locais de Saúde, investir na capacitação dos conselheiros municipais de saúde e aprimorar os canais de comunicação entre a SMS e o Conselho Municipal acreditando que a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, a despeito das dificuldades, relaciona-se diretamente ao aprendizado democrático propiciado pela participação da sociedade na edificação do sistema.

XII- Enfim...

Tecendo a Manhã. João Cabral de Melo Neto

*Um galo sozinho não tece uma manhã
ele precisará sempre de outros galos
de um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe esse grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue
se vá tecendo, entre todos os galos*

2

*E se comportando em teia, entre todos
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
Que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

Reproduzimos aqui o poema de João Cabral de Melo Neto e parte do texto, ambos inseridos no Relatório do Conselho Municipal de Saúde referente ao Painel sobre as Relações entre Universidades e SMS:

“A idéia de rede-tenda-luz clara matinal do poema de João Cabral constrói-se em grupo (os galos) e ocupa os espaços entre os seres e atores, o espaço interseçor (Merhy), entre-tendo a todos. Essa é a mais clara e necessária idéia do trabalho em equipe em espaços coletivos que se formam dentro de cada casa, em cada família, em cada associação de moradores, em cada sindicato, em cada equipe de trabalho, em cada comissão local de saúde, em cada conselho de saúde. Esses espaços já existem e o trabalho, vivo e em ato (Merhy), aparecerá sob a luz-tenda da produção do cuidado, da compaixão, do respeito mútuo, da tolerância, da postura acolhedora, do desejo de mudar.

Todo o conteúdo do Projeto “Ethos” remete-se a uma variedade de conceitos que se entrelaçam, trabalhados por pessoas que, “entre-tendo-se”, constroem novas subjetividades, nova vida. Atividades do trabalho coletivo são realizadas por gente, em instituições, organizações e estabelecimentos. Essas atividades em conjunto atuam “no outro, pelo outro, para o outro, desde o outro” (Baremblytt). Essa articulação entre

pessoas e conceitos, interpenetrando-se no âmbito do produtivo e do criativo chama-se transversalidade:

“A interpenetração em nível instituinte, produtivo, chama-se transversalidade, que se define também como uma dimensão da vida social e organizacional que não se reduz à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade. Os efeitos da transversalidade caracterizam-se por criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais formalmente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativas, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas...” (Baremlitt)

Desta forma, produz-se vida no trabalho e trabalho em vida. Estabelece-se uma rede de parceiros, de cuidadores que, entrelaçados, ao trabalhar com a transversalidade, utilizam, compartilham e criam conceitos que ocupam um plano de imanência com a finalidade de reconstruir o “ethos” solidário e humano.

Conceitos e plano...

“Os conceitos ladrilham, ocupam ou povoam o plano, pedaço por pedaço, enquanto o próprio plano é o meio indivisível em que os conceitos se distribuem sem romper-lhe a integridade, a continuidade... É o plano que assegura o ajuste dos conceitos, com conexões sempre presentes, e são os conceitos que asseguram o povoamento do plano sobre uma curvatura renovada, sempre variável...” (Deleuze & Guattari).

A proposta do Projeto “Ethos” é de introduzir o desejo na produção e a produção no desejo. É acionar as “máquinas desejantes” para a produção de cuidados. Este projeto configura-se então em um plano que ajusta e conecta conceitos e os trabalha com pessoas inseridas em instituições, organizações e estabelecimentos. Essas pessoas – usuários, famílias, trabalhadores, professores, alunos, gestores e conselheiros - são os agentes que vão protagonizar práticas: as novas práticas que acabarão por operar transformações na realidade (Deleuze & Guattari).

XIII - Bibliografia

- BAREMBLITT, GREGÓRIO. In *Compêndio de Análise Institucional*. 2ª edição, 1992, Editora Rosa dos Tempos.
- BOFF, LEONARDO. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Editora Vozes, São Paulo, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? /Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção.
[Http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm/06/04/98./](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm/06/04/98./)
- DELEUZE, GILLES & GUATTARI, FÉLIX. In *O que é Filosofia?* 2ª Edição. 1997. Editora 34.
- CAMPOS, G.W.S. – Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 229-266.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.2, p. 29-87.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. Ed. Hucitec, São Paulo, 2000.
- CÍCERO, ANTONIO. In *Guardar – Poemas Escolhidos*, 1996 - (Os 100Melhores Poemas Brasileiros do Século, Ed Objetiva, 2001
- FORTUNA, C.M. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde:

produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão Preto, 1999, 236p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

FREIRE, PAULO In *Pedagogia do Oprimido*, 32^a edição, 1987, Editora Paz e Terra.

de HOLANDA, FRANCISCO BUARQUE. *Uma Palavra*, do LP *Uma Palavra*, BMG, 1995.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto, 1998, 225p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

de MELO NETO, JOÃO CABRAL. *Tecendo a Manhã*. In *A Educação pela Pedra e Depois*, 1966 (Poesia Completa, vol 2, 1997).

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA In *O Distrito Sanitário*,

- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. UNICAMP. Tese de Livre Docência. Campinas, 2000. 227p.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.
- MORAES, VINÍCIUS DE – Gente Humilde, música composta em parceria com Chico Buarque de Holanda.
- O'DWYER, G.C.; MOYSÉS, N.M.N. – Conselhos Municipais de Saúde: O Direito de Participação da Sociedade Civil? **Ciência e Saúde Coletiva**, 3(1):26-27, 1998.
- PEIXOTO, M.P.B. – Perspectivas do Controle e Avaliação No Processo de Construção do SUS. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.
- PESSOA, FERNANDO. In *Obras em Prosa*. Editora Nova Aguiar, p 37 (transcrito do encarte do LP Fantasia, Egberto Gismonti, EMI Odeon, 1982).
- SUN TSU. **A arte da guerra**. Adaptação e prefácio de James Clavell, trad. José Sanz, 19^a ed. Rio de Janeiro, Record, 1997.