

“Diálogos na Luz”: uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na “Cracolândia”

“Dialogs at luz”: a psychological intervention through amplified clinic and health care management at “Cracolândia”

José Tiago Cardoso^I, Flávia de Lima Cunha^{II}, Milena Vieira Silva^{III},
Milena Castilho Miyamoto^{IV}, Rosemary da Silva Queiroz^V

Resumo

O artigo tem como proposta apresentar e discutir o processo de construção de uma intervenção clínica denominada “Diálogos na Luz”. Esta intervenção foi realizada no serviço de saúde Consultório na Rua, do programa “De Braços Abertos”, no bairro da Luz, no centro de São Paulo - SP e fez parte do processo formativo de um estágio supervisionado em Psicologia. Assim, ancorada no método qualitativo foi realizada uma pesquisa-intervenção com os usuários do programa na perspectiva da redução de danos, respeitando as singularidades e a autonomia de cada pessoa. Desse modo, a metodologia “Diálogos na Luz”, embasada pelos pressupostos da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde, ofereceu um espaço de acolhimento, diálogos e vínculos. Esta produção relacional foi mediada pelo uso de materiais lúdicos (papeis, lápis de cor, canetas, imagens para colagens, entre outros) e buscou atender as necessidades de cada usuário, ou seja, por demanda espontânea. Como resultados do trabalho, foram realizados 11 encontros; houve uma média entre 5 e 6 participantes por encontros. Apresentamos dois casos representativos para o funcionamento dos “Diálogos na Luz” como um dispositivo de cuidado, também, alguns desdobramentos para (re)pensar os dispositivos de análise construídos no espaço da supervisão clínica do estágio, além de algumas implicações produzidas por autoanálise. Concluímos que as produções relacionais dos encontros ampliaram as possibilidades de se produzir o cuidado em saúde, pois otimizaram o exercício do acolhimento e do vínculo, bem como, favoreceram a participação dos usuários diante de suas reais demandas.

Palavras-chave: Vínculo; Clínica ampliada; Cuidado em saúde; Drogas; Estágio supervisionado.

Abstract

This article proposes to present and discuss the process of building a clinic intervention called “Dialogs at Luz”. This intervention occurred at the health care center “Street Clinic”, of the program “Open Arms”, at Luz neighborhood, in Downtown Sao Paulo and is a part of a psychology graduation internship. Based on qualitative method, an intervention-research with the program’s users was applied, under a damage-reduction perspective, respecting the autonomy and singularities of each person. Therefore, the “Dialogs at Luz” methodology, based on amplified-clinic and health care management assumptions, offers a dialog, sheltering and bonding space. This relations-production was made through ludic material (such as papers, color pencils, stickers, among others) trying to meet the individuals needs, meaning, on spontaneous demand of each one. As results of this work, 11 (eleven), with 5 (five) to 6 (six) participants on each encounter. We present here two representative cases to the “Dialogs at Luz” functioning as a care device, also some deployments to (re) think analysis-devices built at the clinic internship supervision space and some implications produced by self-analysis. We have concluded that the encounters relations-production expanded health care possibilities because they optimized shelter and bonding exercise, as well as benefitted users participation in face of their real demands.

Keywords: Bonding; Amplified clinic; Health care; Drugs; Supervised internship.

^I José Tiago Cardoso (jtiagoc@gmail.com) é psicólogo, Mestre pela Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” e Professor e Supervisor de estágio em Psicologia da Universidade Ibirapuera e Professor do Centro Universitário Serviço Nacional do Comércio (SENAC).

^{II} Flávia de Lima Cunha (flimacun@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^{III} Milena Vieira Silva (vieira_milena@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^{IV} Milena Castilho Miyamoto (milena_anahi@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^V Rosemary da Silva Queiroz (mariqueiroz.psicologia@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.



Introdução

Este artigo tem como objetivo apresentar a construção de um modo de intervenção clínica e de cuidado em saúde⁵ com pessoas que (con)vivem na região da Luz (centro da capital paulista), território popularmente conhecido como “Cracolândia”.

Neste sentido, utilizaremos os relatos da experiência do estágio supervisionado em Psicologia para evidenciar o processo de construção das intervenções realizadas a partir da parceria entre o curso de Psicologia da Universidade Ibirapuera e o programa “De Braços Abertos” (DBA)¹⁴ da Prefeitura do Município de São Paulo - SP, durante o ano de 2016. As atividades foram desenvolvidas junto à equipe de saúde do Consultório na Rua.

O artigo encontra-se organizado da seguinte forma:

- pressupostos teórico-metodológicos: em que apresentaremos os norteadores do

trabalho: os princípios ético-profissionais, o método qualitativo, a pesquisa-intervenção, a clínica ampliada, a micropolítica e as dimensões do cuidado;

- o desenvolvimento do estágio supervisionado em Psicologia no programa “De Braços Abertos” (DBA), desde a abertura da gestão deste programa para esse, até as duas etapas que compõem seu desenvolvimento: 1) conhecer e participar das práticas dos profissionais de saúde do Consultório na Rua e fazer o levantamento dos grupos e dos cuidados necessários no território, e 2) a construção de intervenções para as demandas de atendimento psicológico e cuidados em saúde no território, item pelo qual apresentamos como esse trabalho foi organizado;
- apresentamos os números das intervenções a partir de determinados resultados e elaborações: apresentado pelas cenas

de intervenções relativas a dois casos que se mostraram importantes para o processo de trabalho e análise – cenas desdobradas visando à compreensão dos diferentes modos de construção do vínculo –, seguido pelo levantamento de alguns pontos de análise ancorados nos pressupostos da Gestão do Cuidado e da Clínica Ampliada; além de trazer alguns desdobramentos para o (re)pensar os dispositivos de análise a partir dos encontros da supervisão clínica do estágio e as implicações produzidas pela autoanálise;

- sintetizamos com considerações finais sobre a discussão realizada.

Pressupostos teórico-metodológicos: dispositivos de produção do trabalho e de análises

O primeiro norteador do trabalho aqui apresentado foi o alinhamento das estagiárias-psicólogas com as práticas de redução de danos realizada no programa DBA e, conseqüentemente, no Consultório na Rua. Este alinhamento se deu por algumas vias: participação de reunião com a equipe do programa, participação nas práticas de cuidado no território da Luz, leitura e discussão de textos teóricos^{4, 5, 8} e de políticas públicas previstas no Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Nesse contexto, nos apropriamos também das concepções de sujeito e sociedade presentes nas lutas de movimentos sociais que tiveram seu início na década de 1960 e que possibilitaram diversas transformações na sociedade, nas instituições e, também, nas pesquisas em Ciências Humanas¹. Diante dessas construções, constituíram-se os pressupostos que nos orientaram.

Um dos norteadores metodológicos foi a compreensão de que não existe nenhuma neutralidade no processo de trabalho, desde a concepção até as análises, como comentam Aguiar e Rocha¹.

“...o sujeito do conhecimento se produz em meio às práticas sócio-históricas, ou seja, o conhecimento enquanto produção e o sujeito inscrito nesse processo se fazem em condições determinadas, o que torna imprópria qualquer alusão acerca de uma possível neutralidade que nortearia as práticas de pesquisa” (p.650).

Utilizamos, assim como Lourau¹², o conceito de “implicação” que se contrapõe dialeticamente à suposta neutralidade científica e demarca que *“as análises de nossas implicações concretas”* estão presentes *“na pesquisa, na formação, ou em toda e qualquer prática social cotidiana”*¹² (p.28).

Dessa forma, todas as etapas foram concebidas e construídas a partir de um conjunto de pressupostos teórico-metodológicos, os quais apresentaremos a seguir:

– o método qualitativo

Uma importante definição das metodologias qualitativas foi produzida por Minayo¹⁵ :

“...aponta as metodologias qualitativas como: [...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quando na sua transformação, como construções humanas significativas” (p.510).

Desse modo, o trabalho foi concebido utilizando este método (e das pesquisas de abordagem participante), com as vantagens, como indica Turato¹⁵, de que os profissionais de saúde trazem *“devido a sua experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial”*¹⁵ (p.509). Tais experiências foram fundamentais para a construção do projeto, sobretudo para o uso adequado dos procedimentos, técnicas de coleta e produção de análises.

Assim, construímos este trabalho a partir dos seguintes instrumentos: participação da dinâmica dos grupos e da instituição, entrevistas semidirigidas, registros em diário de campo, produção de relatórios semanais das atividades e análises de acontecimentos, supervisão semanal de todas as atividades, avaliação do processo, planejamento, reformulação das atividades e devolutiva para a equipe de profissionais de saúde do Consultório na Rua.

- a postura ético-profissional em Psicologia

A primeira preocupação ética do trabalho está inserida em uma proposta coletiva de práticas da Psicologia como ciência e profissão. Tal construção se pauta em um paradigma ético-político^{6,7} que busca, na composição com outras áreas, produzir exercícios de transformação social, objetivando melhorar a qualidade de vida da população, sobretudo das pessoas mais vulneráveis psíquica e socialmente^{7, 10}.

Este pressuposto está alinhado com o compromisso da Psicologia com os Direitos Humanos e está presente em vários documentos que orientaram a nossa atuação: o Código de Ética Profissional do Psicólogo⁶, a Lei 8080/1990 (princípio do SUS – destaque para a Equidade)², os pressupostos da Reforma Psiquiátrica⁸, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Constituição Federal Brasileira (1988), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas³; e o Código de boas práticas científicas da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP)¹⁰.

Nesse cenário, a participação da Psicologia na dinâmica social se caracteriza pela construção de práticas que sejam consoantes com as demandas da população de determinado território, a partir da prática da profissão de modo contextualizado, circunscrita em parâmetros técnico-científicos e associados a outras áreas do conhecimento. Desse modo, a prática psicológica

objetiva produzir novas possibilidades interven-tivas junto a diversos contextos, territórios e populações.

- a pesquisa-intervenção

Valendo-se dos desdobramentos das metodologias participantes, encontramos na pesquisa-intervenção subsídios que sustentaram o processo de trabalho e que permitiram certa liberdade de criação dentro das possibilidades que as relações (“produtoras de afetos”) foram se produzindo.

A primeira barreira metodológica foi superar as bases das pesquisas tradicionais (método das ciências naturais), que definem um lugar específico para o pesquisador e para o pesquisado, muitas vezes enrijecendo os procedimentos e não permitindo espaços de reflexão sobre os afetos que atravessam o trabalho de pesquisa e de intervenção. Esses consideram que a subjetividade não tem espaço de existência, ficando à sombra dos protocolos da pesquisa e negada e, portanto, invisibilizada.

Na contramão desta visão, consideramos, como cita Oliveira¹, que a pesquisa intervenção, permite uma

“...mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, uma vez que todos passam a ser co-autores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de caminhos para o enfrentamento e solução das questões. É um processo contínuo que acontece na vida diária, transforma os sujeitos e demanda desdobramentos de práticas e relações entre os participantes” (p. 651).

Outro salto importante se dá pela compreensão em diferenciar análise de interpretação, pois a necessidade de contextualização da cena, do acontecimento e da relação dirige a compreensão do fenômeno em um processo analítico, tal como aponta Guirado¹¹, e não enquadrado e interpretado de acordo com algumas teorias definidas *a priori*.

“O diferenciador é a consideração do contexto para a produção do sentido. No plano conceitual, o contexto, pela ideia de perlocução de Austin, não se põe como o ambiente imediato, observável e exterior às pessoas e grupos, numa relação parte-extra-parte, e sim, como a condição de enunciação, constituinte de qualquer ato de fala, que responde pela geração de sentimentos, conflitos e expectativas nos interlocutores” (p.184).

Nesse sentido, trabalhamos com o conceito de intervenção, tal como apontam Aguiar e Rocha¹, associado

“... à construção e/ou utilização de analisadores históricos [que desloca] da figura do analista para a de acontecimento, o que já é, em si, um modo de intervir nos procedimentos habituais de pesquisa que se pautam na centralização da figura do pesquisador-intérprete” (p.656).

Desse modo, olhando para as relações enquanto acontecimentos, atos e discurso⁹ é possível reconhecer que nesse contexto de produção de relação há um jogo de expectativas entre as pessoas que ocupam determinadas posições nas cenas, o que possibilita a produção de novos sentidos para os acontecimentos. Tais sentidos não devem ser interpretados de antemão, mas, ao contrário, devem ser reconhecidos como o possível da cena, do acontecimento. Sendo assim, é fundamental contextualizar as posições de cada pessoa na cena e problematizar quais expectativas estão em jogo¹¹; a análise da cena permite compreender a produção de subjetividades.

Com este pressuposto, voltamos ao conceito de implicação^{1,12} para completar nosso entendimento sobre a intervenção, como explicam Aguiar e Rocha¹:

“...a implicação não é uma questão de decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho. Ela inclui uma análise do sistema

de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção. A análise das implicações com as instituições em jogo nas intervenções abre caminhos à ruptura com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (p. 656).

- a clínica ampliada

A clínica ampliada também norteou este trabalho, sobretudo pela sensibilidade em ampliar a clínica para o sujeito. Diferentemente da clínica tradicional, que trata de doenças ou de problemas de saúde, é preciso antes olhar para a pessoa na qual está “encarnada” determinada doença⁴. Desta forma, constitui-se a necessidade de olhar para os sujeitos para além de sua dimensão biológica; é preciso olhar para as dimensões sociais e psicológicas de cada um^{1-5, 7, 8, 11, 13, 14}, isto é, uma alternativa para reconhecer a humanidade em cada um, como apontam Campos e Amaral⁴:

“Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida” (p. 852).

A partir desse olhar ampliado para o sujeito e pela busca de objetivos como a autonomia, a produção de espaços de cuidado em saúde no território da Luz foi também marcada por uma constante reflexão acerca dos processos da tradicional clínica psicológica¹¹ e pela busca da construção de um espaço para uma clínica em movimento, ampliada e compartilhada. Ou seja, o exercício de autoanálise foi preciso para a compreensão das dinâmicas de produção de afetos e para a abertura às elaborações e cuidados possíveis^{4-5,8}.

Assim, para tornar o trabalho possível, fomos nos apropriando dos fundamentos da clínica ampliada: 1) reconhecer a importância da corresponsabilidade nas relações clínicas que objetivam o cuidado em saúde, tanto das estagiárias-psicólogas como dos usuários; 2) valorizar os acontecimentos, a educação em saúde (com os usuários e os funcionários do DBA), o apoio psicossocial (reconhecendo o processo social e o subjetivo de cada um) e as relações com instrumentos gestuais por aproximação, no corpo a corpo, enquanto “diálogos na Luz”; 3) salientar a importância do autocuidado (o que envolveu diretamente a utilização da redução de danos), do trabalho em equipe interdisciplinar e das dimensões social e subjetiva que envolvem a clínica; 4) propor o “projeto terapêutico singular”, etapa esta que, apesar de sua importância, não foi possível de ser realizada devido ao estágio ocorrer nos sábados quando a equipe do DBA se encontrava em capacidade mínima; e, por fim; 5) reconhecer a necessidade de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço, valendo-se, para tanto, de todos os dispositivos possíveis para alcançar este objetivo⁴.

- micropolítica: o encontro e a produção do cuidado

Sensíveis ao compromisso da “clínica do sujeito” (da clínica ampliada)⁴, fomos encaminhando os processos de análise para as cenas e os

acontecimentos^{9, 11} que foram se produzindo nas mais diversas relações, tais como: estagiárias-usuários, estagiárias-profissionais de saúde, estagiárias-instituição, estagiárias-território, usuários-usuários, usuários-profissionais de saúde, usuários-território, usuários-instituição, entre outras possíveis^{VI}.

Desse modo, tanto os registros como os processos de análise foram produzindo uma “realidade organizacional”⁵, à qual, segundo Cecilio⁵, pode ser denominada de “micropolítica”. Sobre o tema o autor apresenta a seguinte síntese:

“Podemos considerar a micropolítica nas organizações de saúde como o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder. Na micropolítica, há o “racional”, mas também o “irracional”. Na micropolítica há o que se mostra e o que se diz, mas há o que se oculta e o que não se diz tão claramente. Na micropolítica há liberdade, mas há também determinação. Na micropolítica se veem vetores de mudança, mas também muita conservação. Na micropolítica se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde” (p. 547).

^{VI} Cabe ressaltar aqui que não vamos apresentar análises de todas essas relações, mas apenas de algumas cenas em que algumas dessas relações estão presentes.

Diante desta construção, nos debruçamos sobre os efeitos das relações que eram produzidas e verificando se esses efeitos atendiam nosso objetivo de produzir relações de cuidado com os usuários. Problematicamos as posições nas relações e fomos criando/inventando estratégias de produção do cuidado. Assim, a produção de sentidos (ou não) nas relações produzidas serviu como principal foco de análise, no desafio de identificar e potencializar a produção do cuidado.

Outro ponto crucial para entendermos a dinâmica e a complexidade da produção do cuidado foi o reconhecimento de que há outras dimensões que o produzem; ou seja, o cuidado não se produz apenas na/pela relação entre profissionais-usuários. Cecílio⁵ aponta que, além desta “dimensão profissional”, também estão presentes no cuidado a “dimensão organizacional” e a “dimensão sistêmica”. Segundo o autor, as “três dimensões poderiam ser representadas por três círculos concêntricos, para expressar a ideia de imanência entre elas”⁵ (p. 548).

A “dimensão profissional” se caracteriza pelo encontro: na relação entre profissional-usuário se configura um espaço de potência, de criação, de subjetividade. Nesta dimensão há três componentes que devem orientar a prática profissional: o primeiro é a postura ética do trabalhador, que se coloca na relação com este “outro” (o usuário) que demanda alguma forma de cuidado; o segundo diz respeito à competência necessária ao profissional para que possa operar o seu “núcleo de saber”, o domínio técnico-científico diante da problemática apresentada no encontro; e o terceiro componente se dá pela capacidade de criação de vínculo entre profissional-usuário, utilizando os recursos possíveis dos encontros. Esta última dimensão solicita uma “abertura” do profissional para que tal encontro se realize e necessita uma disponibilidade para formar novas redes, inventar novas tecnologias, (re)significar os sentidos das

relações e questionar os papéis instituídos, pois é atravessada por vários determinantes sociais que interferem nos modos de produção das relações profissional-usuário.

A “dimensão organizacional” está presente no contexto de produção do cuidado, sendo fruto do processo de institucionalização das práticas deste cuidado, historicamente, das práticas médicas e está presente nas relações técnicas e sociais do trabalho (das instituições), como define Cecílio⁵:

“A divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho resulta em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores” (p.549).

Assim, esta dimensão é fundamental para a autoanálise das instituições de cuidado em saúde, pois as demandas não são oriundas de apenas um determinante social e, sendo assim, não podem ser abordadas por apenas um domínio de saber ou mesmo por técnicas de um só campo de saber, já que estas são múltiplas e complexas e devem ser trabalhadas nesta composição demandada. As diferenças entre os profissionais que atuam neste campo também são produtoras de relações e interferem diretamente na dimensão profissional.

Por sua vez, a “dimensão sistêmica” está relacionada com os processos em rede para os quais os serviços de saúde devem estar organizados a fim de contemplar as diferentes necessidades dos usuários. De acordo com Cecílio⁵:

“A gestão do cuidado pode ser pensada, em uma perspectiva sistêmica, como o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação

tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de complexas “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si” (p.549).

Diante da articulação desses referenciais, planejamos e executamos as intervenções durante o segundo semestre de 2016.

O desenvolvimento do estágio supervisionado em Psicologia no Programa De Braços Abertos (DBA)

O estágio supervisionado em “Intervenção Clínica em Comunidades (Instituições e Grupos)” é uma das modalidades obrigatórias para graduandos em Psicologia da Universidade Ibirapuera. Nele, os graduandos se propõem a desenvolver projetos específicos de intervenção construídos a partir da participação e conhecimentos dos fazeres institucionais/grupais e da configuração da demanda produzida com os agentes institucionais e a clientela, para que alguns objetivos sejam definidos conjuntamente e, desta forma, possibilitar produções de cuidado em Saúde Mental que possam melhorar a qualidade dessa.

Por isso, fizemos contato com a gestão do Consultório na Rua do DBA, realizado no bairro da Luz, no centro da cidade de São Paulo, por meio de uma reunião onde a proposta do estágio foi realizada, além de ser feito o esclarecimento dos processos e do contrato psicológico com a instituição. Essa reunião contou com a presença da gestora do DBA, da enfermeira responsável,

de 2 técnicas em enfermagem deste programa, das 4 estagiárias de Psicologia e do professor-supervisor das mesmas.

Uma vez acordada a proposta de construção da intervenção psicológica, o trabalho foi desenvolvido durante o ano de 2016, aos sábados, nos horários entre 10 e 12 horas da manhã. Durante o ano, o trabalho foi dividido em duas etapas: uma para participação e conhecimento das atividades (e demandas) junto à equipe de saúde do Consultório na Rua, situada na Luz, e outra para a realização da proposta de intervenção a ser realizada pelas estagiárias.

Na primeira etapa, as estagiárias acompanharam os fazeres e as intervenções dos profissionais de saúde – a maioria deles com formação no campo da Enfermagem –, no próprio território, onde as práticas de cuidado em saúde eram mais presentes: acolhimentos, acompanhamentos – geralmente a pronto socorros com encaminhamentos, de primeiros socorros (como curativos aos ferimentos) –, entrega de medicação nos hotéis da região onde viviam a população usuária, entre outros cuidados.

A segunda etapa do trabalho, de intervenção intitulada Diálogos na Luz, foi iniciada a partir do mês de agosto de 2016, com o objetivo de produzir um espaço de interação, acolhimento e diálogos com as pessoas que (con)viviam no território, incluindo os profissionais do programa DBA que estão expostos a essas relações e que, portanto, também estão sujeitos à angústias, dúvidas, medos, sofrimentos, entre outros sentimentos.

- organização do processo de trabalho

Aos usuários do programa DBA foi apresentado, semanalmente, um espaço de cuidado^{4,5,8} – para participação por demanda espontânea. Este espaço era a ocupação de uma mesa e bancos (de concreto) que ficava dentro do espaço do DBA, onde as estagiárias-psicólogas, utilizando coletes e crachás de identificação visando facilitar a

aproximação dos usuários do programa, distribuíam materiais e se dispunham a receber quem quisesse sentar e participar para fazer o que quisesse: conversar, desenhar, descansar, observar, etc.; tendo os usuários opção de deixa-las com as estagiárias-psicólogas ou leva-las consigo.

Os materiais para as atividades (de produção livre) eram papéis pardo e sulfite, lápis de cor, canetas hidrocor, giz de cera, imagens e palavras recortadas de revista, cola, entre outros, que permitiam situações de abertura para diálogos, acolhimentos e o que mais pudessem demandar. Assim, a proposta de construir diálogos possíveis, por demanda espontânea – sem exigir nenhum requisito aos usuários (como assiduidade, cumprimento de horários, cumprimento das atividades, permissão institucional, cadastro antecipado), implicou em uma postura profissional ético-política confirmando os pressupostos teórico-metodológicos adotados.

- instrumentos de registro de dados

As atividades foram registradas em diversos instrumentos produzidos: 1) participação da dinâmica dos grupos e da instituição, 2) entrevistas semidirigidas, 3) registros em diário de campo, 4) produção de relatórios semanais das atividades e análises de acontecimentos, 5) supervisão semanal de todas as atividades, 6) avaliação do processo, 7) planejamento, 8) reformulação das atividades e 9) devolutiva para a equipe de profissionais de saúde do Consultório na Rua^{vii}.

Alguns resultados e elaborações

As intervenções, no segundo semestre de 2016, resultaram em 11 encontros com a proposta do “Diálogos na Luz”. Os relatórios descritivos e analíticos (diário de campo) desdobrados

de cada uma dessas intervenções, somaram um total de 32 produções, onde a média de atendimentos se constituiu numa variação de 5 a 6 usuários atendidos por semana, 85% homens e 15% mulheres (sendo 5% dessas mulheres transexuais), com idade entre 15 e 75 anos.

Durante os encontros foram criadas 85 produções (desenhos, colagens, escrituras, entre outras). Todas as produções deixadas com a equipe de estagiárias foram expostas em três grandes varais na tenda do DBA; montagem que teve participação de usuários, além das estagiárias-psicólogas. Tal visibilidade gerou afetos que foram acolhidos e compartilhados de acordo com o vínculo estabelecido com cada um.

Alguns casos podem representar o processo de trabalho e intervenção proposto nos “Diálogos da Luz”. Em dois deles, as cenas produziram sentidos para as nossas análises. Tratam-se de breves relatos sobre dois usuários do programa atendidos ao longo de alguns encontros: o caso de Roberto e o de Pedro (nomes fictícios).

- caso 1 - Roberto:

Roberto (R) é um dos moradores da região da Luz que participou de quase todos os encontros, sempre realizando desenhos (extremamente detalhados e coloridos) e que muito pouco interagia no princípio. Tem aproximadamente 40 anos, deixou a família por problemas relacionais, fazia uso de substâncias lícitas e ilícitas sempre que tinha oportunidade e relatou ter passado pelo sistema prisional.

Durante o período em que participou das atividades, R detalhou que pretendia deixar a rua, se recuperar do uso de drogas e reconstituir a relação com a filha pequena, que não via há muitos anos.

O que chamava a atenção em R, era a sua assiduidade, participação das atividades e também pelo pouco contato verbal que estabelecia. Ele começou a conversar e falar de si depois do 4º encontro, cerca de um mês após o início dos

^{vii} Para informação, não iremos apresentar elementos de todas estas etapas de Planejamento, a ideia é garantir o atendimento dos objetivos deste trabalho.

“Diálogos na Luz”. Isso demonstra um dos pilares da nossa presença, que preservou a individualidade e o espaço dos participantes, não forçando uma interação verbal, até que partisse deles qualquer intenção de falar.

No 9º encontro, R se aproximou, cumprimentou uma estagiária-psicóloga e explicou que não participaria das atividades por estar aguardando o horário de uma atividade com uma escola de samba, que estava sendo organizada pela equipe do Programa Recomeço^{viii}, que, neste dia, contou com a participação de uma igreja e mobilizou toda região, com presença de trio elétrico, palhaços, pula-pula para crianças, distribuição de lanches, etc, onde R também faria alguma apresentação neste sentido. Depois de explicar sua ausência, ele deixou a tenda.

Dez minutos depois de deixar a mesa pronta, o usuário R voltou à tenda do DBA e explicou que o responsável pela escola de samba onde faria a apresentação estava atrasado. Ele se sentou, pegou folhas de papel, lápis preto, borracha, giz de cera e lápis de cor e iniciou um desenho feito com todo cuidado. O desenho ficou pronto por volta de 11h50min e, neste meio tempo, R parou duas vezes para conversar com a estagiária sobre seu contato com o DBA. Entre outras coisas, R contou que solicitou uma vaga do programa (hotel e trabalho), mas que recebeu a resposta de que o programa havia encerrado as inscrições. R era gari antes de morar na rua, relatou que tem um valor em dinheiro para receber do FGTS e que, quando conseguir sacá-lo, quer investir num negócio de reciclagem e deixar a vida na rua.

Disse que quase não precisa de ajuda com questões relacionadas à saúde (está há meses sem usar crack e só usa maconha, álcool e cocaína esporadicamente, quando tem algum dinheiro

– o que não é comum – ou quando alguém oferece) e nem para se alimentar, já que usa o que há gratuito e disponível na região. Ele diz:

“Não preciso ter dinheiro para viver na rua. Eu não tenho nada. Minhas roupas são doadas e troco quando recebo novas. As outras coisas eu arrumo nos serviços que conheço e dão coisas de graça. Durmo em um albergue e passo o dia me ocupando com as atividades que aparecem como esta aqui ou as do Recomeço. Já fiz academia lá hoje e essa semana visitei com eles mais um museu. E assim os dias vão indo. Até conseguir sair daqui e montar meu negócio de reciclagem. Aqui não dá pra ficar, é muito violento. Não quero te assustar, mas aqui o que mais tem é maldade. Já vi gente dando facada nos outros por nada. O que mais acontece é um bater de frente com o outro á toa. Então, a forma que encontrei de sobreviver é ficar invisível, eu passo despercebido. Sou educado com todo mundo e não ando em bando, pode reparar” (Usuário R)

De fato, R conversa com quem fala com ele sempre educadamente, mas nunca está acompanhado de ninguém. Quando terminava o desenho, conversava com uma estagiária-psicóloga sobre o que desenhou e agradecia o espaço de diálogo; terminava combinando voltar no próximo encontro.

Ao final dos trabalhos, no dia do encerramento do projeto e durante a montagem dos varais que expunham os trabalhos realizados, R nos perguntou se havia algo dele na seleção da amostra. A estagiária-psicóloga, que estava próxima, apontou para o segundo dos três varais onde havia peças de autoria de R e lhe disse: «Olhe para lá. Vocês está ali». R olhou aparentemente surpreso para cima, deu um passo para trás (o que ampliou sua visão), respirou fundo e permaneceu por um tempo olhando para as imagens e disse nem se lembrar da produção de algumas

^{viii} Programa dirigido a usuários de droga também presente na região da Luz e de responsabilidade do Governo do Estado de São Paulo.

delas. Ao sair da posição e se dirigir para a mesa para produzir seu último desenho R. sorriu para as estagiárias, deixando notar os seus olhos marejados; estava emocionado.

Para o nosso projeto, essa demonstração de R revela a produção de afeto, de cuidado, de vínculo nas relações construídas, o que possibilitou, neste caso, um resgate da história de vida de sua vida. Pudemos notar que suas produções têm um lugar de reconhecimento da subjetividade e apropriação de seu percurso de vida.

- caso 2 - Pedro

No primeiro contato com Pedro (P), o mesmo estava sentado no espaço onde desenvolvíamos as atividades. Logo que o avistamos, uma das estagiárias-psicólogas perguntou qual seu nome dele e ele respondeu, perguntando em voz baixa: “O meu? Sim, o seu nome”, disse a estagiária e então, ele respondeu em voz baixa novamente, não sendo possível entender, razão pela qual a estagiária-psicóloga teve que se abaixar e se posicionou na frente e na mesma altura de P para o diálogo fluir.

P morou em uma cidade do interior de São Paulo, onde passou sua infância e adolescência. Sua mãe faleceu muito cedo e desde então foi criado por seu pai. Relatou estar morando no território da Luz há aproximadamente oito meses e que, um dos motivos de sua vinda, decorreu pelo uso de drogas, já que passou a vender os objetos de sua casa, tornando a situação incontrolável. Em decorrência dessa situação, chegou à conclusão de que não ficaria perto do pai para não “dar desgosto”. Depois de relatar sua história à estagiária-psicóloga, agradeceu a escuta, dizendo: “Obrigado por escutar um louco”. Frente ao qual a estagiária perguntou: “Mas porque um louco?”. Ele levantou a manga da camisa mostrando o braço e disse: “Só um louco se corta desse jeito”. Depois contou que tomava remédio controlado e fazia acompanhamento junto ao psiquiatra, pois se automutilava.

Alegou que, naquele momento, estava melhor e buscava ocupar o seu tempo em não pensar em determinados aspectos de sua vida, por exemplo, varrendo o quintal e cuidando das plantas da instituição em que fazia acompanhamento. Após alguns minutos de conversa, P falou sobre sua habilidade e paixão em compor músicas, (normalmente música gospel), o que considerava que o levava para mais próximo de Deus. Contou que estava estudando a 8º ano do Fundamental no período noturno, que tinha boas notas e que traria seu boletim no próximo encontro. Após terminar o seu desenho, se despediu e foi embora.

No segundo encontro, P chegou ao DBA e se dirigiu à estagiária-psicóloga que havia conversado na semana anterior. Disse que não estava muito bem, que ficaria pouco tempo e se desculpou por ter tido uma recaída, dizendo que havia comido crack. Naquele momento, sua mão estava trêmula e ele, cabisbaixo, estava com dificuldade para pintar o seu desenho. P relatou que quase não foi à escola naquela semana e que estava muito mal por ter brigado com sua esposa, complementando que a maior parte de sua tristeza seria fruto das relações com as mulheres.

No dia do último encontro realizado, P foi informado pela estagiária-psicóloga que aquele seria o último dia do trabalho. Ele disse que considerava esse um fato triste, ao qual ela concordou, falando que para ela e suas colegas de trabalho, o sentimento era o mesmo. P perguntou sobre seus desenhos, se haviam sido descartados e a estagiária-psicóloga indicou um de seus desenhos pendurados. P esboçou um sorriso ao ver seus desenhos expostos e logo deu continuidade a outro desenho, interagindo verbalmente como nos outros encontros. Ao finalizar, sugeriu que seus últimos desenhos também fossem acrescentados aos varais. Durante o tempo em que ficamos no território, P se despediu algumas vezes anunciando a sua ida, mas permanecia sempre por perto.

Alguns apontamentos analíticos: o vínculo – produtor de relações, técnicas e sentidos

Os dois casos apresentados mostram como a construção do vínculo é fundamental para o desenvolvimento do trabalho de cuidado em saúde. Esta só se mostrou possível graças à postura ético-política assumida pelas estagiárias-psicólogas, que conseguiram estabelecer, na relação com os usuários, o reconhecimento de suas demandas, operando as técnicas clínicas (acolhimento, escuta, atenção) diante das necessidades de cada um e respeitando seus tempos, limites e questões.

– pontos de análise da gestão do cuidado

A construção da dimensão profissional da gestão do cuidado apresentada permite destacar o tempo que R precisou para poder falar de si, de sua vida e de seus planos. Já com P, vimos como as produções de afeto foram representadas na relação, no encontro, quando ele conseguiu resgatar seus talentos, seu dom com a música e com os estudos.

R nos mostrou como fazia uso das redes de apoio psicossocial e cartografou sua trajetória de cuidados: onde dorme, onde come, onde pode pensar na sua vida, seu passado, seu futuro. Com isso, revelou como a dimensão sistêmica da gestão do cuidado está estruturada naquele território, além de ser perceptível, como ele cita todos os serviços, suas funções, seus tempos e funcionamentos. Porém, em momento algum R personificou a figura de pessoas (profissionais ou não) como ponte para sua vivência no território. Frente a isso, nós o respeitamos, preservamos e valorizamos sua autonomia, e sempre trabalhamos com as questões que demonstrava ser mais importantes.

Norteados ainda pelas dimensões do cuidado, destacamos na dimensão organizacional, o quão importante foi para P, quando a estagiária-psicóloga, não só se aproximou dele, mas se posicionou dirigindo seu corpo ao seu encontro,

possibilitando uma horizontalidade na relação e reconhecendo a sua humanidade, o que permitiu que ele se colocasse na relação de um modo diferente, não mais como “um louco”, mas como alguém que existe para além dos rótulos associados a sua condição. A posição corporal, o direcionamento da atenção para o usuário e a sustentação do olhar e dos gestos foram condições para produção desses encontros e possibilitou (con) viver com os afetos produzidos.

– pontos de análise da clínica ampliada

O reconhecimento da corresponsabilidade nas relações durante o processo de trabalho foi se materializando e sendo compreendido e elaborado pelos exercícios de análise realizados nas supervisões, nas discussões entre as estagiárias, na escrita dos relatórios e, sobretudo, na contextualização do momento de vida de cada usuário, respeitando suas histórias de vida. Como exemplo, R teve sua integridade individual respeitada e pôde compartilhar sua história de vida quando sentiu que era o momento adequado, sendo garantida, assim, a sua autonomia.

Durante todo o processo de trabalho houve preocupação por parte das estagiárias-psicólogas em relação à abordagem utilizada junto aos usuários do programa. Buscou-se, a todo momento, respeitar o espaço de cada indivíduo tendo em vista o seu contexto de vida e a sua subjetividade. Esses aspectos foram trabalhados em supervisão para aprimoramento da atuação junto aos usuários do DBA, onde, no caso de P, a relação foi estabelecida através da construção do vínculo produzida com a intervenção “Diálogos na Luz”. Podemos identificar que tal vínculo só foi possível devido à valorização da individualidade e do processo psicossocial de P, verificado, me destaque, pela promessa deste usuário em levar o seu boletim escolar, além do dia em que justificou não poder participar da atividade porque havia feito uso de drogas.

Nas relações clínicas, todas as narrativas foram valorizadas, pois os efeitos das produções relacionais eram entendidos como acontecimentos. Assim, o tempo e o espaço de cada participante foram respeitados. No caso de R, suas demandas foram acolhidas de acordo com o modo com que ele as apresentava, o que, na maioria das vezes, não era feito de modo verbal, mas gestual e/ou presencial. Outra referência ao vínculo de R, foi o fato dele ir até explicar porque não poderia participar da atividade por ter outra programada, ao mesmo tempo em que afirmou que participaria numa próxima semana.

O autocuidado promovido pela ação das estagiárias-psicólogas na Luz, passou pela não imposição de qualquer tipo de cadastro ou registro de frequência dos usuários. Os trabalhos eram iniciados e encerrados no mesmo dia, permitindo que a dinâmica de fluxo constante fosse respeitada.

No caso de R, notamos que a promoção de autocuidado e autonomia se deu no livre trânsito deste usuário aos grupos semanais e em sua afirmação de que o projeto lhe trazia benefícios a curto e longo prazo, percebendo alívio das pressões causadas no seu cotidiano, conforme disse durante uma das interações.

Como já mencionado, não realizamos o programa terapêutico singular dos usuários; esta função era feita pela equipe de profissionais do Consultório na Rua do DBA. Como estagiárias-psicólogas, somente contribuimos com as devolutivas e algumas trocas com alguns profissionais presentes nos dias de realização do “Diálogos na Luz”.

Com esses pontos de análise, alguns importantes acontecimentos ajudaram na construção da intervenção clínica e novos dispositivos de análise surgiram dos encontros que transformaram as intervenções e os profissionais envolvidos neste processo, gerando assim, uma autoanálise¹²: a supervisão clínica, lugar de planejamento

das intervenções e produção de dispositivos para as análises e autoanálises

É importante ressaltar que o planejamento das intervenções foi sendo produzido de acordo com as especificidades do trabalho de estágio realizado e que, ainda que alguns procedimentos tenham sido pensados de antemão, o encontro com a complexidade de cada usuário, a cada encontro, a cada dia, a cada história, a cada demanda, permitiu (re)pensar a prática, (re)planejar atividades e (re)posicionar as ações e angústias vividas.

Durante o processo de trabalho, o uso de procedimentos de pesquisa foi ganhando novos contornos e, assim, sendo ampliado para que os afetos produzidos nos acontecimentos pudessem ser trabalhados para o cuidado com as estagiárias-psicólogas, e com os funcionários e usuários do programa.

Assim, elencamos, como primeiro dispositivo de acolhimento, o grupo de supervisão que semanalmente se reunia para receber a narrativa dos acontecimentos dos últimos encontros e, principalmente, para reconhecer os lugares ocupados nas cenas, a produção de afetos, os atravessamentos (de ordem política, social, econômica etc.) e o que mais precisasse de espaço para ser elaborado, dito, acolhido, refletido e referenciado.

Embora esse dispositivo grupal tenha tido lugar central na organização e na produção do trabalho, os outros dispositivos não foram menos importantes: passamos a dar espaço e reconhecer as produções que estavam fora dos tempos institucionais, aos quais estávamos expostos, tanto no território do DBA, como na universidade.

Desse modo, chamamos a atenção para outros processos que também afetaram diretamente os modos de subjetivação deste trabalho, sendo eles: as conversas entre as estagiárias-psicólogas depois do trabalho, no transporte para seus lares; o diário de campo, formatado em relatórios semanais e as narrativas, construídas

coletivamente pelas estagiárias-psicólogas; a supervisão como espaço para que os outros estagiários, junto ao supervisor, pudessem produzir espaço de análises diante das problematizações e do planejamento de novas estratégias de abordagem que fossem demandadas; o processo de elaboração continuava realizado após a supervisão e com seus indicativos, permitindo a construção de um relatório focado em alguns pontos de análise, de problematizações e que era composto com outros trabalhos de referência teórico-práticas; e, o fato de que nosso objeto de trabalho (e de pesquisa), assim como as nossas posições e lugares, sempre “escapavam”, produzindo afetos desconhecidos e conhecidos não previstos e possibilitando movimentos de evolução e involução que tiveram papel fundamental na configuração do trabalho que se produziu coletivamente como uma intervenção em movimento.

Considerações finais

Apesar de todos os limites da intervenção relatada, a proposta de construção de um espaço de intervenção e cuidado em saúde foi realizada em movimento, permitindo alcançar dois grandes objetivos: o primeiro, demonstrar que é possível construir o espaço de cuidado em saúde para os usuários de drogas, incluindo aqueles que convivem no território da Luz, na “Cracolândia”, buscando práticas de redução de danos, junto à equipe de saúde do Consultório na Rua; o segundo, demonstrar que a supervisão clínica de estágios universitários de Psicologia são uma possibilidade de intervenção formativa e que permitem a autoanálise¹², reconhecendo os limites e possibilidades das relações clínicas, institucionais e ético-profissionais.

No que diz respeito às intervenções com os usuários, vimos que a importância da construção do vínculo é fundamental para possibilitar a produção de relações que atendam as suas

demandas, e que trabalhar com demanda espontânea é possível em espaços de elaboração coletivos, embora seja uma tarefa difícil, visto que há expectativas institucionais e pessoais. Por isso, construir espaços de alteridade não é simples como a reprodução de técnicas: é preciso reconhecer sua implicação na relação e compreender os encontros vividos posteriormente, com a supervisão.

O espaço de supervisão de estágio mostra como os estudos e as estratégias de cuidado em saúde necessitam de espaço de produção e elaboração dos afetos.

No referido estágio, o objetivo não se tratou apenas de tirar o profissional de Psicologia do isolamento do consultório, mas também de difundir o conhecimento abarcado durante os anos de formação acadêmica, visando o bem comum, ampliando assim as possibilidades de qualificar o trabalho do profissional de Saúde Mental, bem como as relações com a população que o recebe e permite que o trabalho aconteça.

Para além da questão de ofertar à sociedade o acesso a determinadas práticas, a formação do psicólogo precisa também ser permeada pela vivência com novas instituições e novos territórios (diferentes dos modelos tradicionais de intervenção em Psicologia), produzindo uma experiência profissional e científica composta a partir dos acontecimentos das reais condições da vida cotidiana.

A partir deste olhar ampliado para o sujeito e da busca de objetivos como a autonomia, a produção de espaços de cuidado em saúde, como ocorreu nesse trabalho com o território da Luz, demonstra a importância da constante reflexão dos papéis nas relações institucionais, permitindo construir espaço para uma clínica em movimento, ampliada, compartilhada. Para tanto, o exercício de autoanálise auxilia para compreender as dinâmicas de produção de afetos e a absorção de elaborações e cuidados possíveis.

Desde modo as produções relacionais ampliam as possibilidades de se produzir o cuidado em saúde, pois otimizaram o exercício do acolhimento e do vínculo, bem como, favoreceram a participação dos usuários e proporcionaram seu engajamento em elaborar suas reais demandas.

Referências

1. Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2007; 27(4):648-663.
2. Brasil. Lei 8080/90. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 19 set 1990. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [acesso em: 19 fev 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.
4. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-859.
5. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunic, Saude, Educ*; 2009; 13(1):545-55.
6. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP; 2005.
7. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP; 2013.
8. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p.13-44.
9. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 1996.
10. Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP). Código de boas práticas científicas. São Paulo: FAPESP; 2014. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: http://www.fapesp.br/boaspraticas/FAPESP-Codigo_de_Boas_Praticas_Cientificas_2014.pdf.
11. Guirado M. A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo; 2009.
12. Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
13. Rui T. Nas tramas do “crack”: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.
14. São Paulo. O programa de braços abertos. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de São Paulo; ago 2005. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015pdf>.
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-14.