

## **O ATO DE CUIDAR COMO UM DOS NÓS CRÍTICOS “CHAVES” DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Emerson Elias Merhy  
Professor do DMPS/FCM/UNICAMP  
Campinas, abril de 99

Qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde, nos tempos atuais brasileiros, - seja um consultório médico privado, uma clínica de fisioterapia privada, um hospital público ou privado, enfim, qualquer tipo de estabelecimento de saúde - pode afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas pelos seus compromissos com a busca da cura das doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas, para ser otimista.

Todos, trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que para atingir aquelas finalidades, o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagem clínica da problemática da saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde.

Sabemos, por experiências como profissionais e consumidores, que quanto maior a composição das caixas de ferramentas (que, aqui, é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde), utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrenta-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção.

As duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde mostram isso cotidianamente, em nosso país.

Creio que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de ser atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, é uma problemática da gestão dos processos produtivos em saúde.

De uma maneira geral, entendo que todos processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante. Dentre estas, destaco as tensões entre:

- a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção

dos procedimentos enquanto cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura;

- a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Para facilitar a compreensão destas questões e mesmo o entendimento de que, partindo destas tensões, é possível pensar alternativas aos modelos ineficientes e ineficazes, que muitas vezes operam nos serviços, irei colocar adiante trechos de textos já produzidos que permitem refletir e traduzir os temas destacados acima.

### **a dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão procedimento - cuidado na produção dos modelos de atenção**

(O trecho destacado abaixo é parte do capítulo A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro O SUS em Belo Horizonte pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998)

A situação mais comum, hoje em dia, é lermos sobre a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde, porém quando são catalogadas as causas ou soluções, vemos como esta constatação e mesmo a discussão em torno dela, não é tão simples.

Entretanto, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais da sua vida, ao mesmo tempo que

também podemos registrar que é na área de prestação de serviços, onde o cidadão se sente mais desprotegido.

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos - tanto em termos de conhecimentos, quanto de soluções - em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é esta que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

Ao ficarmos atento, do ponto

de vista do usuário, sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco esta situação. E, desde já, achamos que este ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que como regra falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos - aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o EEUU que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil que deve gastar em torno de 35 bilhões, no total.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

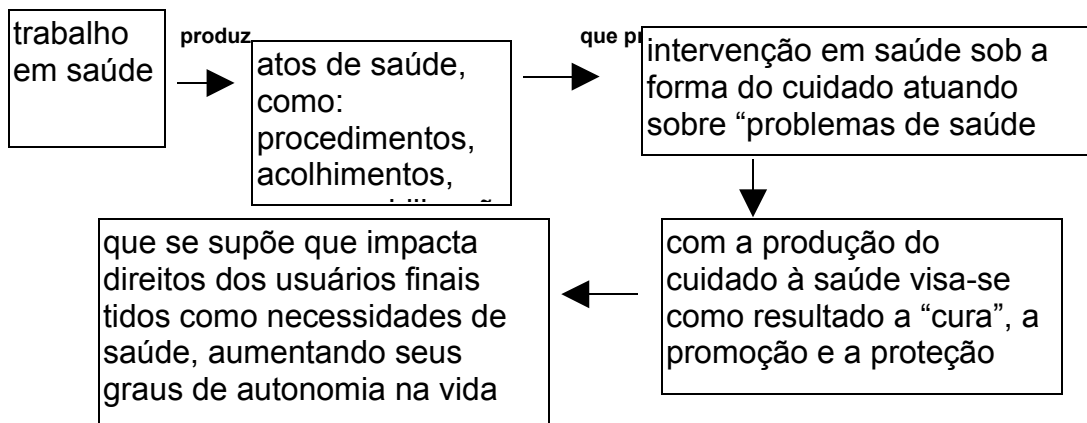
Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível a partir desta crise, diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde?

À frente, tentaremos mostrar

como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final.

Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e não “usuária centrada”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos.

Vejamos isto no desenho e textos adiante:



(...)

A visão já muito comum de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a nossa compreensão de que: quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma

tecnologia menos dura<sup>1</sup>, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de levedura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um

<sup>1</sup> sobre tecnologias em saúde consultar o livro Agir em Saúde, Hucitec, 1997, particularmente capítulos 2 e 3.

jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

### **a dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão dos núcleos de competência profissionais na produção dos modelos de atenção**

(O trecho destacado abaixo é, também, parte do capítulo A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro O SUS em Belo Horizonte pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998)

Consideramos como vital ... compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde.

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico ... é a de diminuir muito esta dimensão (cuidadora) ... do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vem advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo

seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

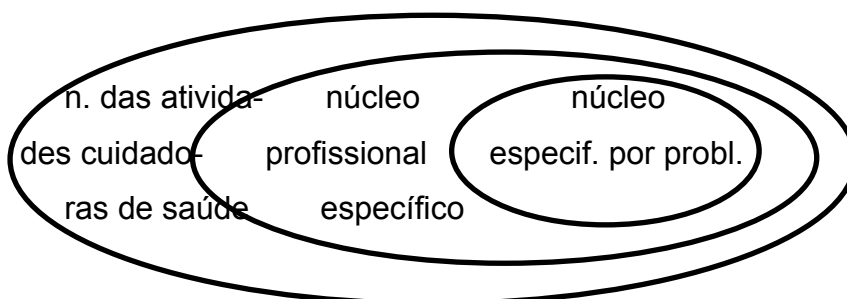
Entendemos, que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em

jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Com o esquema abaixo

tentaremos mostrar o que estamos dizendo:



Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários.

Porém, como a conformação tecnológica concreta a ser operada

pelos modelos de atenção é sempre um processo que representa ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas, em certos aspectos da realidade, dentro de um maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico expresso nas 3 dimensões apontadas acima, são nos serviços concretos, antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados neste *locus* de ação social.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus

núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

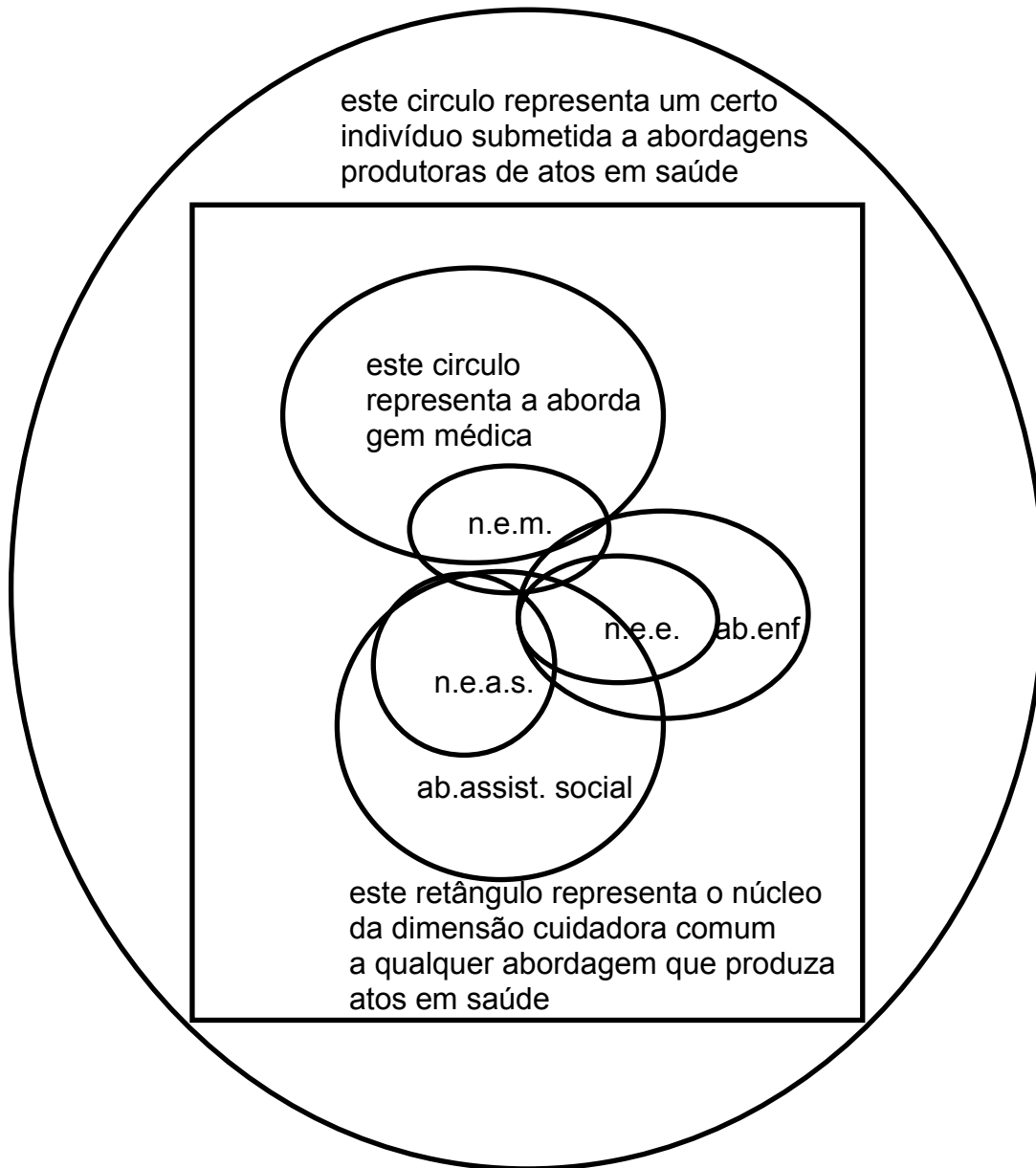
Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção. Deste modo, o modelo médico hegemônico ... expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está de realizando.

Vejamos o esquema abaixo<sup>2</sup>, desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social, fazem de um certo usuário de um serviço, para em seguida analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimentos e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a

nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, (o dia a dia) ... dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.

---

<sup>2</sup> Destacamos como pontos de apoio para este exercício as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto Notas sobre residência e especialidade médicas, de G.W.S. Campos, M. Chakkour e R. Santos, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, R. Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas junto da rede de Belo Horizonte e ao Serviço Cândido Ferreira.



Vamos entender o diagrama acima analisando, inicialmente, uma pensão protegida experimentada por alguns serviços que ousaram organizar alternativas aos manicômios psiquiátricos, para depois usar do esquema explicativo para entender um hospital geral, na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos

de produzir atos de saúde.

Em primeiro lugar, temos que entender qual a missão que é esperada para uma pensão protegida. E, isto, só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera deste equipamento assistencial, pois cada tipo de modelo cria missões



diferenciadas para estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Podemos, tanto esperar de uma pensão protegida que ela seja organizada de tal modo que os seus moradores não tenham mais crises agudas, quanto que seja organizada como um equipamento que deve viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido, extra-muro das instituições mais fechadas.

Do ponto de vista da nossa análise, podemos dizer que um modelo que espera da pensão protegida um papel vital para impedir crises, impõe no dia a dia do funcionamento do estabelecimento, uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema, a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes no manejo das crises, por exemplo, de usuários psicóticos, e que favorece um jogo de potências em direção a certos processos instituintes.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, estes núcleos vinculados as tecnologias duras e leveduras, encontram um processo favorável para acabarem se impondo sobre os outros núcleos, favorecendo um processo de dominação psiquiátrica diante dos outros recortes profissionais. E, o interessante a observar, é que isto ocorre mesmo que não haja

comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois esta imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos.

Superar esta conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

Entretanto, diante de uma missão já a priori distinta, este processo se impõe como que mais naturalmente. É o que ocorre se o que se espera da pensão é a segunda alternativa, ou seja: viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido

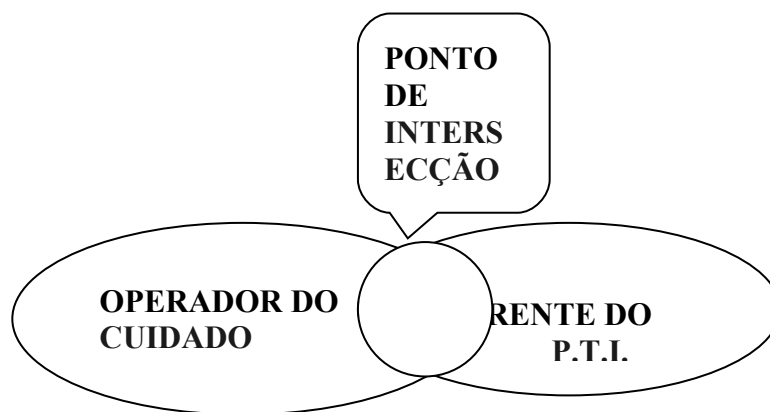
Neste caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho

na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam

nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações interseçoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico, como procuramos expressar no diagrama abaixo:



em ação clínica e em ação gestora

Creemos, que um modelo em defesa da vida está mais baseado nestas possibilidades, mas isto não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que temos que almejar é esta nova possibilidade de

explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação.

De posse destas reflexões, se estivéssemos analisando um outro estabelecimento que não uma

profissão protegida, mas um hospital geral de clínica, a nossa análise seria semelhante, mas sofreria certos deslocamentos.

Nestes estabelecimentos, esperam-se atualmente em termos de missões que os mesmos tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e de enfermagem, só que isto é feito hoje pelo domínio que o agir médico impõe hegemonicamente para os outros recortes, e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora ou mesmo anuladora do núcleo cuidador.

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento deste tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens

profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

Este modelo deve também estar atento aos processos organizacionais, que nestas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.

Creemos que só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por estes atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde, como um todo, através por exemplo de dispositivos como a “amarração” referencial entre equipes e usuários, por processos terapêuticos individuais....

Creio que a melhor maneira de se aproveitar o que já foi dito, sobre a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensa-lo na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário, é procurar analisar experiências que têm ambicionado este resultado.

Antes disso, chamo a atenção para 3 questões básicas que até agora mostraram-se vitais, neste texto:

- uma, diz respeito ao fato de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença;
- a outra, faz referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesses do

- usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior;
- e por último, a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo (uma coletânea só sobre este tema está sendo produzida, tendo como pano de fundo a discussão se o conhecimento é ou não ferramenta para a gestão).

Além disso, parece-me que um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, é procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

Considero, como desafio, ter que pensar sobre o matriciamento necessário, no dia a dia dos serviços de saúde, entre os processos produtivos - transdisciplinares e multireferenciados -, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos, quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, de tal maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante o usuário e o estabelecimento de saúde, pela realização das finalidades da produção do cuidado.

Gerencialmente é possível matricular toda organização de saúde conforme o desenho abaixo, procurando construir a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI (projeto terapêutico individual), usuário centrado, perante o estabelecimento, mas quando ligado a uma unidade de produção de procedimento bem definida, responde pelo produto que esta unidade tem como sua identidade, ao gestor do cuidado. Este é aquele que o serviço toma como seu referencial para a produção dos resultados principais do estabelecimento.

No quadro adiante, esboço um pouco desta idéia para contribuir com a reflexão proposta, até agora.

Unidade de produção de procedimento	Unidade de produção de imagens	Unidade de produção de cirurgias	Unidade de produção de exames de laboratório	Unidade de produção de nutrição e dietética	Unidade de produção de internação	
Gestor do cuidado						
Gestor do cuidado do paciente X	R-x de abdomen com laudo definido		Exames de sangue e de urina realizados	Alimentação balanceada produzida	Internação na enfermaria de adulto realizada	O gestor do paciente X é o responsável pela produção do PTI, feito com a ajuda de uma equipe de referência e passa administrar as relações com as unidades de produção que necessita para compor o cuidado, além de ser o cuidador vinculado ao paciente X. É quem responde pelo paciente diante do estabelecimento

### alguns relatos de experiências, para a reflexão

Aqui, retira-se trechos de textos que relatam situações vividas em torno de

um repensar a lógica dos processos de trabalho em serviços de saúde, que estão implicadas com a criação de caminhos que apontam na direção do que se pontuou. O primeiro texto, de Adail Rollo: É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público, que foi publicado no livro *Agir em Saúde*, Hucitec, 1997, fala da construção do modelo assistencial no hospital público de Betim. O segundo, de Sérgio Resende e Gastão Wagner de Sousa Campos: *Reforma dos modelos de atenção à saúde. A organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais*, que está para ser publicado por uma revista da área da saúde, fala da experiência de modelagem de equipes de referências (micro-equipes de Centros de Saúde desenvolvendo uma atenção interdisciplinar a determinada grupo populacional adscrito), junto a rede básica de saúde.

## **A - É POSSÍVEL CONSTRUIR NOVAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO HOSPITAL PÚBLICO ?**

Adail Rollo

### **A ASSISTÊNCIA NOS HOSPITAIS**

Quando falamos de hospital público, hoje, vem à nossa mente a imagem negativa de um serviço no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, o não-envolvimento com os pacientes e familiares, a combinação excessiva de demanda com ociosidade, o sucateamento material e humano, a não-integração com o sistema loco-regional de atenção à saúde, o descaso, o desrespeito, o não-cumprimento de contratos e de normas técnicas, a não-motivação dos trabalhadores, tudo isto permeado pelo desespero dos que necessitam de cuidados hospitalares.

Estamos apostando que é possível alterar esta situação, tendo claro que os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade, integralidade da assistência e na defesa da vida, e que os defensores da Reforma Sanitária devem ter propostas concretas que visem à superação do

modelo assistencial hegemônico nos hospitais e a relação deste com o sistema de saúde.

(...)

O enfrentamento desta problemática requer atuação nos microprocessos organizativos que geram as práticas e as relações no cotidiano dos serviços. Um pressuposto importante, para este enfrentamento, é criar nas unidades de trabalho espaços coletivos que garantam: a problematização, a discussão de diretrizes, a escuta de usuários, a negociação e entendimento entre gestores e trabalhadores acerca do funcionamento, da rede de pedidos e compromissos e do sistema de avaliação de responsabilidades.

### **OS PRINCIPAIS NÓS A SEREM ENFRENTADOS**

As questões que estamos levantando como centrais para serem enfrentadas na reconstrução das práticas assistenciais nos hospitais

são: responsabilização e vínculo, abordagem do doente como cidadão sujeito do seu processo de recuperação, resolutividade e integração com o sistema loco-regional de saúde.

#### **a) responsabilização e vínculo**

É possível modificar o atual padrão de responsabilização e vínculo que existe entre os servidores e seus pacientes? é possível suportar por mais quanto tempo este padrão?

Vários autores têm se ocupado com esta questão tão ruidosa da impessoalidade e fragmentação da assistência nos hospitais. Trabalhos em hospitais norte-americanos revelam que os profissionais responsáveis pela assistência (médicos e enfermagem), dedicam apenas 20% de seu tempo a atividades de contato direto com os pacientes e, em média, 67 pessoas diferentes entram em contato com estes, em uma internação de quatro a cinco dias (Lathrop, J.P. 1992). Podemos supor que esta realidade, em nossos hospitais públicos, deva ser bem pior, considerando as jornadas da enfermagem de 12 horas de trabalho por 36, 48 ou 60 horas de descanso, e a tendência atual dos médicos organizarem a jornada nas enfermarias em plantões de 12 ou 24 horas, em vez da jornada como diarista.

(...)

A seguir, apresentaremos diretrizes/dispositivos que temos acumulado em experiências práticas e em estudos e reflexões teóricas no LAPA, que visam ao enfrentamento da problemática acima levantada.

Como mecanismos que favorecem a responsabilização e

criação de vínculo das equipes com os usuários nos hospitais, citamos:

- constituir nas unidades de internação equipes que sejam responsáveis pelo acompanhamento de oito a dez pacientes compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem (por turno de trabalho, fixando um para cada quatro ou cinco pacientes), com retaguarda de outros profissionais quando solicitada pela equipe básica, de assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros. Assim, uma equipe básica que assiste um paciente é composta por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Logo, o médico e a enfermeira participam de duas equipes básicas. Esta equipe é responsável pela elaboração do plano terapêutico personalizado para cada paciente com a participação de outros membros da equipe multiprofissional quando for necessário, com definição clara das tarefas de cada membro da equipe durante a internação. Esta trinca deve interagir no dia-a-dia acerca de suas impressões sobre a evolução do paciente socializando as dificuldades e as opções de abordagem do caso. Os registros no prontuário devem ser feitos no mesmo local, ou seja, na folha de evolução diária, evitando a fragmentação dos registros a partir das várias profissões, facilitando análises da situação do doente a partir de registros bem feitos pelos vários profissionais que assistem o paciente. Desta forma, todo paciente terá um médico e um enfermeiro como referência e de quatro a seis

técnicos ou auxiliares de enfermagem e outros membros da equipe multiprofissional de retaguarda (quando se fizer necessário), que devem realizar e articular todas as ações voltadas para a recuperação do doente. Em casos de reinternação, o paciente volta para a mesma equipe;

- os pacientes cirúrgicos devem ter o pré, a operação e o pós-operatório realizados pelo mesmo profissional;

- nas áreas de assistência intensiva ou semi-intensiva, como CTI, UTI, berçário de risco, enfermarias de retaguarda de pronto-socorro, deve haver equipes de acompanhamento diário (horizontal) dos doentes, isto é, além dos plantonistas (acompanhamento vertical), faz-se necessária a responsabilização de profissionais pelo seguimento horizontal;

- no pronto-socorro, o médico e o profissional da enfermagem que realizaram o primeiro atendimento devem ser responsáveis pelo paciente até a resolução ou encaminhamento do caso, ou seja, respondem por tudo que diz respeito ao paciente como avaliação de exames e terapêutica, solicitação de interconsultas, contato com familiares, passagem do caso para o próximo plantonista e as rotinas de observação, internação e transferência. Nos casos de pacientes em estado de emergência/politraumatizados, a equipe multiprofissional designa um responsável em função da especificidade do agravo.

A diretriz é : todo paciente tem um profissional responsável por ele.

(...)

Não é possível reproduzir nos hospitais a relação que os médicos estabelecem com os pacientes no consultório de sua clínica privada, onde a situação de risco, a complexidade da abordagem diagnóstica e terapêutica é infinitamente menor e a relação monopolizada entre o médico e o paciente é suficiente na condução do caso. Em uma enfermaria, no pronto-socorro, a situação é muito diferente, a instabilidade clínica é grande, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos exigem reavaliações e observações constantes, os saberes e as atribuições profissionais estão fragmentados nos vários profissionais. Isto impõe o trabalho em equipe com ações coordenadas e complementares dos vários profissionais como um pressuposto básico para a qualidade da atenção.

#### **b) o doente como cidadão, como sujeito em seu processo de recuperação e cura**

(...)

A permanência do paciente/familiar no hospital abre uma possibilidade ímpar para os profissionais de saúde estabelecerem um processo de interação com tais pessoas, de forma a envolvê-los na recuperação e cura através da transferência de saberes, melhorando seu entendimento sobre seu corpo e seu agravo, a relação deste com seu modo de levar a vida e o meio social, contribuindo assim para que se tenha posturas e atitudes que diminuam riscos e melhorem a qualidade de vida. Os hospitais classificados como AMIGOS DAS CRIANÇAS pela UNICEF são um exemplo concreto da potencialidade desta prática. Nestes hospitais há uma série de atividades



voltadas para as mães, incentivando o aleitamento materno e orientação sobre cuidados básicos às crianças, com redução da morbimortalidade nestes grupos ( Segal, A.,1996).

Pensem no caso de um paciente diabético internado com uma ferida infectada em membro inferior, quantas informações podem ser repassadas a este cidadão e a membros de sua família acerca de como realizar os curativos, dos cuidados que se deve ter com as extremidades, dos sinais de hipo e hiperglicemia, como administrar a insulina, dos sintomas e sinais de alerta para a procura de serviços de assistência. Isto vale para a maior parte das patologias que requerem internação.

O plano terapêutico ou contrato de cuidados ao doente deve prever atividades de envolvimento do paciente e família no processo de cura, além de informá-los do diagnóstico, dos objetivos das condutas diagnósticas e terapêuticas e dos prognósticos mais prováveis.

Um dispositivo facilitador desta interação, além da responsabilização já citada acima, é a garantia da presença de um acompanhante durante 24 horas por dia junto ao doente internado.

(...)

A proposta é que médicos, corpo de enfermagem, e demais profissionais que têm contato com os pacientes sejam habilitados a abordar os pacientes de um modo mais integral, valorizando sua subjetividade, percebendo-os como pessoas que têm medos, sentimentos, que gostam de falar e ouvir, que julgam, que tomam atitudes e que têm potencialidades. Campos (1992) contribui nesta

reflexão quando discute a reformulação da clínica indicando a importância da valorização da fala e da escuta pelos profissionais em seus contatos com os doentes, ou seja, na interação com os pacientes valorizar a subjetividade procurando revelar as falas ocultas (representações, pensamentos, juízos) que este tem acerca de sua doença, do prognóstico, da terapêutica, o que significa o agravo em sua vida (profissional/social/afetiva), qual é o seu estado de ânimo para a cura, que pedidos tem à equipe, que compromissos pode assumir no seu processo de recuperação, qual é sua rede de ajuda, de apoio.

(...)

O cotidiano das relações dos profissionais de saúde com os pacientes é a matéria-prima para se trabalhar as novas práticas. Há vários saberes acumulados pelas áreas da psicologia, educação, sociologia e antropologia que podem enriquecer a prática dos trabalhadores da saúde, habilitando-os a abordarem o ser humano de modo integral em sua dimensão biológica, sociocultural, psicológica e de cidadão com direitos.(...)

Esta abordagem é bem distinta da abordagem da gestão de qualidade com o seu artificialismo, hipocrisia e mistificação acerca do cliente que é apresentado como um ser soberano, como um rei, como a razão de ser do serviço, mascarando a lógica do lucro e da sobrevivência econômica. É distinta também da abordagem do paciente como pessoa que tem necessidades e que passivamente aguarda que os profissionais de saúde as satisfaçam como se isto fosse um favor. A lógica aqui é a do doente como cidadão

com direitos e sujeito em seu processo de recuperação.

### **c) resolutividade**

Quando levantamos a questão da resolutividade, estamos defendendo que todo cidadão tenha à sua disposição, nos casos de doença, o acesso a toda tecnologia que a humanidade acumulou em defesa da vida, ou seja, o hospital deve ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos, e promovendo a recuperação e cura. É evidente que a maioria dos hospitais não tem capacidade tecnológica instalada para resolver todos os casos que nele chegam. Impõe-se que estes se articulem em parceria e complementariedade com outras unidades de saúde, de modo a garantir a continuidade da assistência, compatibilizando a gravidade dos casos com os recursos tecnológicos disponíveis definidos pela missão de cada hospital no sistema de saúde.

Hoje, com os dados disponíveis de mortalidade geral, das demandas da rede ambulatorial e da morbidade hospitalar, é possível estimar-se, com razoável margem de segurança, o perfil tecnológico dos hospitais para que se garanta a resolução da maioria dos casos. Os modernos equipamentos de diagnose e terapêutica, associados às facilidades de atualização e difusão do conhecimento médico através de intercâmbios diretos entre pesquisadores e via informática (MEDLINE, infovias de comunicação), têm permitido grandes avanços na

resolutividade hospitalar. O desafio é tornar acessível a todos esta tecnologia, em um país onde ainda temos óbitos por peritonites, insuficiência renal crônica, por obstrução prostática e por aí afora. O hospital público tem tido e deve ampliar o seu papel na garantia da equidade do acesso à assistência resolutiva.

(...)

A diretriz não passe para outro o que você mesmo pode fazer pelo seu paciente é de muita valia no enfrentamento desta problemática e o seu desdobramento através da rede de pedidos e compromissos entre os diferentes profissionais e equipes, de forma a precisar claramente os compromissos com a resolutividade assistencial dos profissionais e equipes e os pedidos que fazem aos demais profissionais. Explicitando assim o contrato de responsabilidades, diminuindo a fragmentação, agilizando atendimentos resolutivos e pondo as especialidades médicas no seu devido lugar. A história da medicina e experiências atuais demonstram que isto é possível de ser realizado sem perda na qualidade da atenção.

### **d) integração do hospital com o sistema de saúde**

Outra marca dos atuais hospitais é a sua pequena integração com o Sistema Loco-Regional de Saúde. Os diretores e trabalhadores dos hospitais, não o concebem como um equipamento de saúde que, em função de sua capacidade tecnológica e perfil assistencial, têm determinados compromissos na cadeia de cuidados aos doentes.

De fato, o entendimento que se tem é que o hospital é o vértice, o

topo da pirâmide das unidades assistenciais, quer dizer, ele é a principal unidade do sistema, as demais gravitam em torno dele. Simbolicamente, para os médicos que atuam nos hospitais, o resto do sistema de saúde é primário, é elementar, é algo muito básico, enfim, é o resto. A relação, conseqüentemente, com as demais unidades, é de subordinação e não de parceria e complementaridade, dando margens para o exercício da arrogância, da prepotência e desprezo por outras ações de saúde que não as hospitalares, levando a uma articulação inadequada na integração e continuação da assistência aos doentes.

O grande desafio sugerido é o de inverter esta centralidade que o hospital tem hoje no sistema de saúde, redefinindo o seu papel "(...) *para el caso del rol del hospital, cuyo eje y capacidad de gravitación deben ser radicalmente modificados y la correlación de recursos reorientada hacia los establecimientos de menor complejidad. Es decir, el poder debe transferirse del "centro a la periferia" y apoyarse la creación de poder de esta última. (...) Se trata de que el hospital base se transforme en hospital de apoyo (...)*" (Pardo, 1990).

(...)

Outra estratégia que favorece a redefinição do papel do hospital no sistema de saúde é a adscrição dos usuários por profissional e/ou equipe nas unidades básicas, de forma que os usuários possam matricular-se às equipes das unidades de sua região de moradia, permitindo assim a criação do vínculo e responsabilização pelo acompanhamento do usuário por um

longo tempo, constituindo uma referência objetiva para este e tendo a responsabilidade de articular os demais níveis de atenção à saúde toda vez que se fizer necessário.

Como outras estratégias que visam a diminuir a força de atração centrípeta dos hospitais e valorização da rede ambulatorial, temos as equipes de assistência domiciliar, os hospitais-dia e ambulatorios de especialidades vinculados à unidades ambulatoriais de maior complexidade que funcionem como referência regional.

Entender hoje o hospital como importante fonte de informações epidemiológicas tanto no que se refere à morbimortalidade hospitalar como principal, por ser um local onde se concentram os eventos sentinelas, ou seja, o aparecimento de doenças que deveriam surgir por existirem ações preventivas e ou curativas que garantem a sua não-ocorrência e/ou óbito por esta causa, como por exemplo tétano, sífilis congênita, óbito por apendicite aguda, etc. (Rutstein e col., 1970), e os processos traçadores entendidos como doenças que apresentam quadro clínico bem definido, de fácil diagnóstico, alta prevalência e terapêutica definida e consensual, como: hipertensão arterial, câncer de mama e colo de útero, asma, anemia, perda da audição e visão, entre outras, que podem ter boa evolução e cura a partir do diagnóstico precoce e tratamento adequado (Kessner, 1973).

(...)

A subordinação do hospital às necessidades do sistema não quer dizer perda de autonomia administrativa financeira, que é fundamental em função da especificidade deste equipamento

(funcionamento ininterrupto, imprevisibilidade das demandas, a

necessidade de atuação no tempo ótimo na defesa da vida). (...)

## **B - REFORMA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO DE EQUIPES DE REFERÊNCIA NA REDE BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM/MINAS GERAIS**

Sérgio Resende Carvalho e Gastão Wagner de Sousa Campos

### **Introdução**

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o Modelo de Atenção ideal para organizar a denominada Rede Básica (Atenção Primária) viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diversas propostas experimentadas no país – Ações Programáticas (Schraiber, 1995), Vigilância à Saúde (Mendes, 1994), Saúde da Família (MS, 1994; Mendes, 1996; CRM, 1998) –, durante a década de noventa desenvolveu-se uma formulação, denominada de Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV), resultado de uma elaboração coletiva (...)

O MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais que têm como objetivo garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de Saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e realizar uma reorganização de processos de trabalho que busque fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades.

A estes princípios acrescentar-se-iam determinadas concepções com importantes conseqüências operacionais: a) a valorização de

ações em micro-espacos, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isto desconhecere-se o papel dos determinantes macro-estruturais; b) o entendimento de que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível mudanças do setor público de saúde; c) o resgate do usuário como sujeito da mudança valorizando o papel dos mesmos no dia-a-dia dos Serviços de Saúde e em fóruns de deliberação coletiva tais como os Conselhos de Saúde; d) reconhecimento da demanda como expressão legítima das necessidades de saúde, sem com isto negar a importância de outros saberes para a organização dos serviços (Epidemiologia, etc.); e) a necessidade de se reformular a Clínica e a Saúde Pública a partir das reais necessidades dos usuários; e f) a importância de se utilizar, de maneira conseqüente e criativa, tecnologias disponíveis em outros projetos assistenciais.

(...)

O Projeto de Equipe de Referência (PER) foi gradativamente implantado tendo como eixo a reorganização do processo de trabalho centrada no trabalho das micro-equipes multiprofissionais, o fortalecimento da Gestão Colegiada, a informatização dos prontuários e o aperfeiçoamento de dispositivos

organizacionais tais como o Acolhimento.

Neste processo foi fundamental amplo processo de discussão com os trabalhadores onde se debateu as premissas do Projeto e se constituiu coletivamente as Equipes de Referência (E.R.). Ao mesmo tempo agentes treinados realizaram um cadastramento casa por casa onde, além de coletarem dados socio-economicos-sanitários, informavam aos usuários sobre o PER orientando-os a procurarem a unidade de saúde mais próxima com o intuito de se adscreverem a uma E.R..

(...)

### **O Projeto de Equipe de Referência: da teoria à prática**

(...)

Partindo do diagnóstico de que, apesar de todos os esforços realizados, os serviços ambulatoriais prestado pelo SUS/Betim ainda se mantinham pouco eficazes o grupo dirigente da SMS coordenou o processo de formulação do PER tendo como objetivo principal aumentar a resolutividade da rede ambulatorial básica.

Ao considerar que este quadro tinha como causas relevantes a existência de um processo de trabalho fragmentado, alienado e pouco solidário marcado, entre outros, pela pouca incorporação da categoria médica nas mudanças que vinham se processando, a SMS buscou, através do Projeto de Equipe de Referência, construir um arranjo que alterasse com profundidade estas características do sistema.

Para isto traçou, como objetivos intermediários, resgatar a relação de

responsabilização e vínculo entre profissionais e usuários através da constituição de equipes interdisciplinares que buscariam, com autonomia, garantir o melhor atendimento possível a um determinado grupo populacional adscrito.

(...)

### **O processo de adscrição dos usuários às Equipes de Referência**

#### Proposta constante do Projeto original

A adscrição deveria ser voluntária para os usuários, em geral; e induzida para aqueles que fizessem parte de algum grupo de risco. Mulheres em idade fértil poderiam optar por se adscreverem em duas E.R: da mulher (gineco-obstetrícia) e do adulto (Clínica Médica).

A adscrição da clientela por local de moradia (territorialização) seria induzida, procurando otimizar ações extra muros, mas não obrigatória buscando preservar dentro das possibilidades do serviço o direito de livre escolha do usuário.

Pretendia-se realizar uma adscrição gradativa da clientela procurando não criar desequilíbrios numéricos entre as diferentes E.R. tendo sido sugerido uma meta inicial de 500 usuários adscritos por Equipe. Quando esta meta fosse atingida por todas as E.R. se faria a abertura de novas vagas.

#### Proposta implementada

##### Processo de adscrição

Várias unidades constituíram suas Es.R. no primeiro semestre de 1998 iniciando a adscrição apenas pelos usuários que espontaneamente procuravam a unidade. A demora e a

falta de homogeneidade no processo obrigaram a se realizar um ajuste operativo no Projeto que se traduziu na decisão de se realizar um cadastramento ativo de toda população do município paralela a uma maior divulgação do Projeto.

Desta forma um grupo de 60 funcionários, especialmente contratados e treinados, realizaram a partir de julho a dezembro de 1998 cadastro ativo de aproximadamente 270.000 hab's residentes em 68.000 moradias do município. (Normand, 98). No ato do cadastramento informava-se sobre o Programa Saúde para Todos e entregava-se ao usuário um cartão de identificação o qual deveria ser apresentado à unidade ambulatorial da região no ato de escolha do médico e da equipe que iria cuidar de sua saúde.

Em 4 UBS os usuários passaram a receber um cartão personalizado informatizado, tipo código de barra, contendo o número do prontuário e os nomes do usuário e dos membros da E.R. responsável por seu acompanhamento. Nas demais unidades foi entregue um cartão provisório não informatizado a ser substituído pelo cartão informatizado até julho de 1999.

A expectativa é de que quando totalmente implementado o sistema, as informações de relevância do usuário (dados de identificação e dados clínicos) possam ser facilmente acessadas pelos profissionais da rede, através da utilização de máquinas de leitura ótica e impressoras, viabilizando ao mesmo tempo o acesso o usuário ao dados de seu prontuário .

Resultados do processo de adscrição  
Dados de dezembro de 1998 davam

conta de que mais de 100.000 usuários haviam escolhidos o médico e a equipe (Normand, 1998).

O ritmo de adscrição por equipe foi bastante desigual conforme realidades específicas (maior tempo dos profissionais na rede, vínculos existentes entre usuário e médico, organização interna, grau de adesão ao projeto, etc.) levando a medidas gerenciais posteriores com o intuito de reequilibrar o fluxo da demanda de acordo com a oferta de serviços pela unidade.

Foi observado que apenas uma minoria de usuários optou pela não adscrição (menos de 2% na UBS Angola) e que os usuários residentes em outros municípios continuaram a ser normalmente atendidos mas sem que os mesmos fossem adscritos a qualquer equipe em conformidade com o projeto original da Secretaria..

### **Composição e papéis da Equipe de Referência**

#### Proposta original

As equipes deveriam se constituir a partir de três área básicas de atenção (criança, adulto, mulher), devendo ser constituídas, no mínimo, por um médico proveniente de uma destas especialidades (Clínico, Pediatra ou Gineco-obstetra), um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro.

Os enfermeiros (e eventualmente outros profissionais de nível superior como assistentes sociais, psicólogos, etc) deveriam apoiar matricialmente mais de uma Equipe de Referência.

Cada Equipe deveria se responsabilizar pela saúde de um grupo populacional adscrito, de 1200 a 2000 usuários, número que poderia variar segundo a morbidade, características tecnológicas da

unidade, realidade socio-econômica local e outros fatores. Para projetar este cálculo a SMS/Betim tomou como referência parâmetros que vinham sendo utilizados em outras experiências (Sumaré, 1997).

#### Proposta implementada

Em 18 UBS e 2 Unidades de Atendimento Imediato organizaram-se, até dezembro de 1998, cerca de 100 Equipes de um total de 172 previstas.

Ao contrário do inicialmente planejado, decidiu-se que a mulher em idade fértil deveria se adscrever apenas a uma E.R (do adulto ou da mulher) tendo em vista a otimização do trabalho médico e o temor de que a duplicidade na adscrição seria um fator para a desresponsabilização com os problemas do usuário.

Este projeto está induzindo mudanças importantes no processo de trabalho das unidades. Os gerentes entrevistados relataram que médicos passaram a realizar visitas domiciliares a casos complicados; a coordenar discussões clínicas na esfera das Es.R além de terem uma participação mais ativa junto a instâncias gestoras das unidades. Auxiliares de enfermagem ampliaram seu campo de atuação ao intercalarem tarefas de Acolhimento com coleta de exames, curativo, vacinação, esterilização, atividades extra-muros e outros. O mesmo se passou com enfermeiras as quais além do tradicional trabalho administrativo e de supervisão passaram a se envolver com práticas assistenciais, individuais e coletivas, apoio ao Acolhimento e com atividades de capacitação em serviço.

#### **Processo de trabalho do Projeto de**

### **Equipes de Referência**

#### Proposta original

Nos casos em que o paciente não se adscresse às Es.R. (usuários em trânsito, ou que optaram por não se adscrever, etc.) o atendimento seria garantido através do cardápio tradicionalmente ofertado nas unidades de Betim tais como consultas individuais, procedimentos de enfermagem e atendimento prestado pelas Equipes de Acolhimento (Carvalho, 1997, Franco, 1997).

No caso dos usuários adscrito a E.R. buscava se responsabilizar pela integralidade e qualidade do atendimento prestado. Para isto deveria designar um profissional de referência para o usuário e disponibilizar um cardápio de tecnologias (Equipe de Acolhimento por área, consulta individual; grupos educativos; atendimento domiciliar; trabalhos comunitários; ações programáticas; vigilância à saúde; etc.) abrangente e de qualidade.

Recomendava-se, sempre quando possível, o acompanhamento dos usuários através de um projeto terapêutico elaborado no âmbito da E.R com o objetivo de se realizar um atendimento mais qualificado pautado na premissa do trabalho interdisciplinar e de integralização dos esforços dos profissionais tendo como centralidade as necessidades dos usuários.

As equipes de referência deveriam orientar a sua clientela adscrita sobre os horários em que os profissionais estivessem na unidade de Saúde. A Equipe trabalharia com atendimento individual, ações coletivas, atividades junto à comunidade, assim como participaria

em fóruns de gestão de seu local de trabalho.

Complementando a maneira do usuário relacionar-se com a unidade, e mudando a maneira da unidade relacionar-se com a clientela, sugeriu-se também que o prontuário ficasse, de fato, sob a guarda de cada usuário, o qual deveria trazê-lo à consulta tanto no serviço onde se inscreveu, como em qualquer outro que freqüentasse. Acreditava-se que esta dinâmica contribuiria para aumentar a autonomia do usuário.

As E.R. deveriam desenvolver ações de vigilância à saúde dentro de suas possibilidades, bem como solicitar apoio de outros profissionais especificamente encarregados da saúde coletiva.

Recomendava-se a adoção de critérios de avaliação, bem como a escolha de um representante por equipe, o qual deveria ter assento no Colegiado Gestor da unidade.

#### Proposta implementada

O acesso e o acolhimento aos usuários

O cadastramento ativo e divulgação casa por casa do Projeto gerou um aumento da demanda no primeiro mês de funcionamento do Projeto devido, entre outros, a um aumento significativo de usuários que procuravam a unidade pela primeira vez sendo relatado pela gerente da UBS Angola a adscrição importante de usuários conveniados a Planos de Saúde Complementares.

Nas 3 unidades pesquisadas constatou-se que o primeiro atendimento, antes realizados por uma Equipes de Acolhimento, passara a ser realizado pelas diversas Equipes de Referência formadas segundo a lógica de

unidades de produção. Apenas a UBS Angola manteve uma Equipe de Acolhimento dando cobertura para casos não cobertos pelas E.R. Independente do formato específico ocorreu uma abertura de novas vias de acesso às unidades de saúde.

#### **A agenda das Equipes de Referência**

Apesar dos questionamentos e temores surgidos na etapa de discussão prévia à implantação do Projeto a organização das agendas, nas unidades investigadas, não se configurou em um problema relevante. A partir da autonomia conquistada as Es.R. criaram diferentes formatos de “agendamento” de acordo com a especificidades locais, ao objeto da unidade de produção, às características internas das Equipes e ao modo que se reorganizaram para responder às diretrizes do modelo assistencial do SUS/Betim.

Neste novo formato cabia ao médico e a sua Equipe planejar as atividades diárias de cada profissional segundo as necessidades dos usuários e a disponibilidade de profissionais. O compromisso com os resultados e não com os meios faz com que tenha começado a ocorrer um mudança radical da lógica anterior de funcionamento baseada quase que unicamente no grau de produtividade do profissional.

(...)

#### **Considerações finais**

As propostas de organização de serviços aqui apresentadas têm sua potencialidade aumentada se entendidas como projetos em



construção, sujeitos a alterações no que se refere a aspectos conceituais e à sua aplicação prática devedoras de realidades histórico-sociais específicas.

A proposta de Equipe de Referência buscou a superação/aperfeiçoamento do modelo existente em Betim e, embora respondendo a uma realidade concreta, parece-nos que se insere com bastante propriedade no debate contemporâneo sobre formas de organizações dos serviços de Saúde no qual vem ganhando espaço, sobre o impulso das políticas oficiais e o apoio de agências multilaterais, propostas como Cidade Saudável, Médico da Família, Vigilância à Saúde.

Ao coincidir com elementos substantivos destas últimas formulações no que se refere à crítica ao modelo biologicista médico-centrado e à fragmentação da prática em saúde, à valorização de ações de promoção e prevenção, à importância do trabalho interdisciplinar e do fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários para qualificar as ações de saúde a proposta de Equipes de Referência apresenta peculiaridades quando:

- propõe a constituição de um novo formato de equipe de saúde a partir da valorização dos campos e núcleos de saberes (Campos, 1997) dos diferentes profissionais e da constituição de projetos terapêuticos preconiza a participação, nas equipes, de profissionais com especialidades médicas básicas (Pediatra, Clínico, Gineco-obstetra), o que tem consequência operacional de

monta. Julgamos que a ampliação do conceito de Médico Generalista para o Brasil se justifica pelas complexidade de demandas, pela necessidade de se garantir organicamente a integralidade do atendimento primário-secundário, assim como pela diversidade das realidades locais;

- insiste na pertinência de se valorizar as experiências acumuladas nos milhares de Centros de Saúde existentes em nosso país, particularmente no que se refere ao contexto das cidades de médio e grande porte;

- critica as concepções que trabalham com rigidez os diferentes níveis hierárquicos de prestação de serviços (primário, secundário, terciário);

- valoriza a co-gestão dos serviços de saúde tanto no espaço das micro-equipes quanto no do coletivo do Centro de Saúde;

- considera a demanda por serviços como forma legítima de expressão das necessidades dos usuários sem com isto negar a pertinência da utilização de outros instrumentais comumente utilizados no processo de diagnóstico, avaliação e monitoramento dos serviços de Saúde;

- trabalha o processo de inscrição com flexibilidade procurando, otimizar recursos e favorecer vínculo ao mesmo tempo que garante um espaço de liberdade de escolha ao usuário buscando respeitar a sua individualidade e favorecer o exercício do micro-controle social sobre as ações de saúde.

(...)

