

# Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde

ALÚSIO GOMES DA SILVA JR.<sup>1</sup>  
EMERSON ELIAS MERHY<sup>2</sup>  
LUÍS CLAUDIO DE CARVALHO<sup>3</sup>

## 1. Introdução

A organização do Sistema Único de Saúde brasileiro ainda tem como grande desafio a construção de um modelo tecnoassistencial coerente com as necessidades da população. A crítica ao modelo hegemônico baseado na biomedicina tem produzido análises em questões estruturais, de ordem política, social e econômica (Silva Jr., 1998; Mendes *et al.*, 1994; Campos, 1992; Merhy, 1992), porém ainda é incipiente o que tem sido feito no campo das práticas sanitárias e do processo de trabalho em saúde.

Alguns autores apontam a dificuldade de se atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas bem estruturadas social e historicamente, como nos modelos tecnoassistenciais em saúde (Campos, 1992; Rivera, 1989; Mendes *et al.*, 1994; Cecílio, 1994). Entretanto, é vislumbrada a possibilidade de explorar as tensões constitutivas desse terreno e, no plano micropolítico do cotidiano dos serviços de saúde, criar novas forças instituintes, novos sujeitos e novos arranjos no modo de se produzir ações de saúde (Merhy, 1997).

Este trabalho nasceu de uma parceria do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC/UFF) com o Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Tinha como objetivo a produção de experiências e reflexões sobre as práticas sanitárias e a instrumentalização de novos modelos tecnoassistenciais em saúde.

Escolheu-se como palco da experiência não um serviço público, no qual algumas dificuldades de acesso às tecnologias de saúde não facilitam a observação da utilização delas, mas um serviço privado, com lógica estruturante semelhante à do público.

Dentro do setor privado, destaca-se o segmento das autogestões em saúde, que, dadas suas características não-lucrativas e de gestão compartilhada entre empresas e trabalhadores, assemelha-se muitas vezes aos serviços públicos, ao enfrentar desafios comuns, como o de viabilizar a oferta integral de ações de saúde adequada às necessidades das populações cobertas.

Algumas dessas empresas de autogestão optaram pelo desenvolvimento de serviços próprios que imprimissem novas lógicas assistenciais e maior efetividade da atenção à saúde.

Essas ricas experiências, embora contando com recursos maiores e mais amplos que os do sistema público, também enfrentam as questões do modelo tecnoassistencial hegemônico em seu cotidiano.

Contornada a dificuldade econômico-financeira que existe no serviço público, é possível observar com mais fluidez, naqueles serviços privados, os processos de trabalho das equipes de saúde e sua relação com a população. O estudo foi desenvolvido no Rio de Janeiro e fazia parte da estratégia de avaliação e de construção do modo de agir dos serviços próprios daquela empresa.

A metodologia utilizada foi a observação participante e a construção do *fluxograma analisador*<sup>4</sup>, proposto por Merhy (1997) e desenvolvido por Meneses (1998).

A fim de visualizar o processo de trabalho existente no serviço de saúde, procurou-se um usuário que:

- estivesse há pelo menos seis meses freqüentando o serviço, o que possibilitaria um retrato mais condizente com a realidade de seu cotidiano de trabalho;
- tivesse passado por pelo menos três profissionais do serviço, para avaliar a integração das ações entre os profissionais e relações do serviço com o usuário (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolubilidade e autonomia despertada no usuário)<sup>5</sup>;
- usasse a rede credenciada da empresa, para avaliar também os itens acima.

Após a seleção aleatória dos prontuários, iniciamos a busca pelo “usuário típico”, sendo escolhido um de faixa etária em torno de 60 anos e do sexo feminino<sup>6</sup>. Esta freqüentava o serviço de saúde da empresa há nove meses, durante o qual passou por cinco profissionais dessa unidade e dois da rede credenciada.

A construção do fluxograma analisador foi realizada através de pesquisa do prontuário da usuária existente no serviço de saúde e de entrevista com a paciente. Após sua conclusão, o fluxograma foi discutido na supervisão dos trabalhos da Residência Médica do LAPA e ISC/UFF, e na equipe da Coordenação de Saúde da Empresa de Autogestão, a fim de apontar os ruídos<sup>7</sup> e elaborar dinâmicas para a problematização do fluxograma.

Concluídas essas etapas, o caso foi apresentado na reunião de supervisão da equipe do serviço de saúde, com o objetivo de problematizar os ruídos destacados pela coordenação e aqueles apontados pela equipe para, assim, se discutir a reestruturação do modelo de atenção existente.

## 2. A propósito de um caso

Vânia tem 60 anos de idade, é baiana e foi criada pelos avós. Aos 22 anos de idade veio trabalhar na cidade do Rio de Janeiro e, ao completar 30 anos, iniciou sua carreira como bancária. Formou-se em Serviço Social e Direito. Em relação à vida amorosa, casou-se aos 40 anos de idade e divorciou-se aos 56 (há quatro anos). Continuou mantendo vínculo afetivo com seu ex-marido. Aposentou-se no banco há três anos, mora sozinha, adora viajar, caminhar e ler.

Quanto aos problemas de saúde relevantes, aos 12 anos de idade dona Vânia apresentou febre reumática e nos últimos 30 anos vem frequentando serviços de saúde, devido às lesões orovalvares (aórtica e mitral) adquiridas. Foi acompanhada durante todo esse período por um cardiologista na rede credenciada da empresa em que trabalhava. Realizou cirurgia bilateral de varizes há 18 anos, porém persiste com insuficiência venosa periférica. Foi também submetida à cirurgia de osteossíntese para fratura de úmero ocasionada por um acidente de carro. Não obteve boa consolidação óssea e no momento da retirada do pino do úmero fez um choque anafilático durante a anestesia. O pino metálico não foi retirado. Há três anos foi submetida a uma cirurgia de substituição de válvulas cardíacas em São Paulo. No último ano, fez uma cirurgia de retirada de nódulo da mama esquerda e foi acometida de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em momentos distintos. Nas primeiras 48 horas após o AVC, apresentou hemiparesia esquerda, restabelecendo-se do quadro clínico sem seqüelas aparentes. Além do cardiologista, é acompanhada por uma médica homeopata há quatro anos. Anualmente, realiza exame preventivo ginecológico com um ginecologista.

Em 5/01/1998, procurou o serviço de saúde da empresa em que trabalhava, com queixa de dificuldade de andar em linha reta. Buscou esse serviço na perspectiva de encontrar um profissional, um clínico geral, que a olhasse de maneira mais ampla e menos fragmentada. Foi atendida por uma médica clínica, dr<sup>a</sup> Norma, a qual fez o relato acima.

No momento da consulta, fazia uso de medicação anticoagulante (cumarínico) e um antiarrítmico. Os sintomas que a levaram à médica clínica tinham começado há um mês, com a sensação de desmaio e sudorese. Na ocasião, buscou uma clínica cardiológica na Tijuca, porém não conseguiu estabelecer a causa do problema. Não percebendo nenhuma alteração funcional ao exame físico que justificasse o quadro apresentado, dr<sup>a</sup> Norma pediu à paciente que trouxesse os resultados dos exames realizados até então. Prescreveu vasodilatador cerebral e periférico, marcando seu retorno em 60 dias. Nesse intervalo de tempo, Dona Vânia foi a um oftalmologista para acompanhamento de sua miopia, hipermetropia, astigmatismo e pressão intra-ocular – faz isso anualmente, pois em sua família há casos de glaucoma.

Retornou à dr<sup>a</sup> Norma em 03/03/1998, ainda com dificuldade eventual de andar em linha reta e de movimentar o primeiro dedo do pé esquerdo. Apresentou exames datados de 25/11/1997, que estavam alterados em relação à dosagem sérica de colesterol total (249 mg/dl) e LDL (162 mg/dl). Os valores estavam acima dos desejáveis. Também se mostrou preocupada com o nódulo na mama, que há cerca de um ano havia operado. Depois de alguns meses, fez uma nova mamografia, em que foi constatado que a imagem do nódulo continuava. Por este motivo, resolveu procurar um ginecologista amigo da família em Recife, por ocasião de suas viagens. Após o exame, o ginecologista informou que “o nódulo não foi retirado, pois estava muito profundo e com a intervenção cirúrgica criou-se uma cápsula nas camadas mais superficiais, dando uma imagem semelhante a do nódulo”. O médico, então, retirou a cápsula recém-formada e deixou o nódulo, por achar que estava muito profundo e com o tempo iria diminuir de tamanho.

Dr<sup>a</sup> Norma achou melhor solicitar um parecer do cirurgião do serviço da empresa, muito experiente em oncologia, para saber qual a melhor conduta para essa situação. Manteve a medicação e solicitou nova dosagem de colesterol com retorno em 60 dias. Pensou em encaminhá-la para um fisioterapeuta de sua confiança, porém a paciente relatou que já tinha uma, há pelo menos quatro anos, para tratamento de alteração da coluna

lombar. A médica resolveu, então, que solicitaria acréscimo de alguns exercícios para tratamento da assimetria existente entre os membros inferiores. Foi feito também encaminhamento para um neurologista (avaliação da dificuldade de andar em linha reta) no mesmo serviço de saúde.

Consultou o cirurgião referenciado em 02/04/1998, que, após exame físico e análise de mamografias anteriores, concluiu que o nódulo em quadrante superior esquerdo que a paciente possuía estava calcificado, não sendo indicada a cirurgia neste caso. Diagnosticou-o como displasia mamária não-especificada.

Procurou o neurologista em 20/04/1998, levando a tomografia computadorizada e o *ecodoppler* de carótida realizados há um ano, na ocasião de seu AVC. Constatou-se redução da luz das carótidas, entretanto sem alterações hemodinâmicas significativas. Ao exame físico neurológico não foram encontradas alterações que justificassem o quadro clínico. Solicitou um exame de eletroencefalograma com mapeamento cerebral e encaminhou dona Vânia para uma pós-consulta com uma auxiliar de enfermagem, onde seria orientada sobre medidas para controlar a hipercolesterolemia. A auxiliar limitou-se a entregar-lhe uma caderneta de saúde<sup>8</sup>, que não foi mais usada.

Em nova consulta com dr<sup>a</sup> Norma (em 05/05/1998, quatro meses após a primeira), relatou que estava se sentindo melhor. O exame de dosagem sérica de colesterol total e LDL não se alteraram, permanecendo acima do esperado. Disse que estava fazendo dieta e caminhadas. Dr<sup>a</sup> Norma manteve a medicação e prescreveu fenofibrato, para reduzir a hipercolesterolemia. Solicitou nova dosagem sérica de colesterol e retorno em 30 dias.

Em maio, fez uma consulta regular ao cardiologista, que realizou um eletrocardiograma e a orientou sobre a manutenção dos medicamentos e sobre a necessidade de monitorar sua coagulação sanguínea. Em caso de alteração, deveria avisá-lo, para que pudesse ajustar a dose do medicamento anticoagulante.

Levou o resultado do mapeamento cerebral (normal) ao neurologista em junho. Para tranquilizá-la sobre sua dificuldade de andar em linha reta, o neurologista encaminhou-a a novos exames de ecocardiograma bidimensional com *doppler* e *ecodoppler* de carótidas e vertebrais, devendo a paciente retornar com os resultados. Esses exames haviam sido realizados há menos de um ano.

Em 26/06/1998, na consulta com dr<sup>a</sup> Norma, relatou *stress* e esquecimento, que se iniciaram após a morte de seu ex-marido (09/05/1998). O exame de colesterol normalizou-se. A médica suspendeu o fenofibrato, mantendo os outros. Ao sair dessa consulta, dona Vânia percebeu no mural de avisos do serviço de saúde a programação de uma atividade de biodança. Curiosa e interessada em distração, resolveu inscrever-se na atividade semanal.

Retornou ao cardiologista e mostrou os resultados dos exames solicitados pelo neurologista. Constando a não alteração dos exames em relação aos anteriores, advertiu-a de que não eram necessários, por ora, aqueles exames e que deveria confiar nele, pois, quando necessário, ele pediria novos exames. O cardiologista realizou novo eletrocardiograma e manteve a medicação.

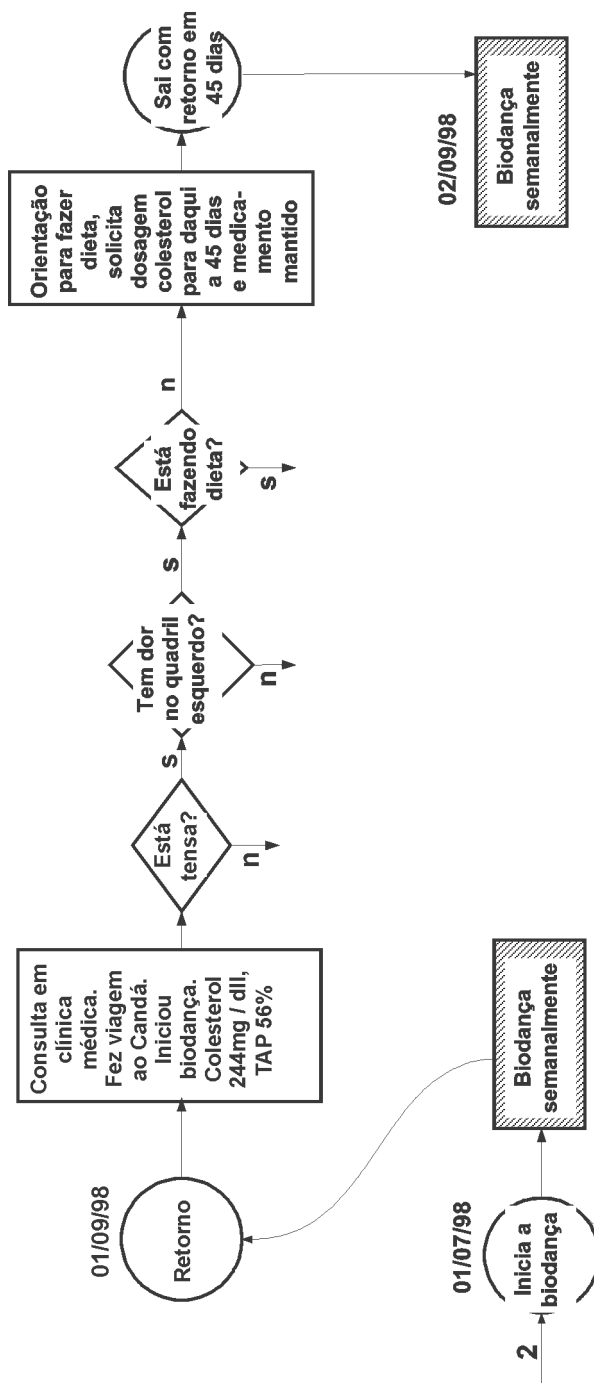
Na consulta com a médica clínica, em 01/09/1998, relatou estar frequentando a biodança e ter viajado para o Canadá. Estava se sentindo bem em relação ao quadro clínico referido na última consulta, porém ao saber que uma amiga foi operada para tratamento de aneurisma de aorta, iniciou os sintomas de tensão e nervosismo e dor no quadril esquerdo, cujo tratamento estava fazendo com a fisioterapeuta. A dosagem do colesterol voltou a elevar-se e a coagulação sanguínea a alterar-se. A médica orientou-a novamente quanto à dieta, solicitou nova dosagem de colesterol, marcou seu retorno para 45 dias e manteve os medicamentos em uso.

Dona Vânia continuou participando da biodança e relatou adorar a atividade. Nas últimas sessões vinha apresentando tonteira quando fazia exercícios em posição ortostática. Queixou-se ao instrutor e ao cardiologista, e ambos afirmaram que possivelmente esse sintoma seria decorrente de inspirações profundas durante o exercício, o que levava a uma alcalose respiratória. Referiu que, depois de se queixar com o instrutor, ele telefonou para ela, duas vezes, para saber se ela estava bem. Tal atitude foi apreciada e valorizada.









### 3. Pontos para reflexão

#### 3.1. Primeiro ruído – a capacidade de ouvir o usuário e acolher sua demanda

Dona Vânia procura vários serviços de saúde para cuidar de seus sofrimentos. O vínculo maior é com o seu cardiologista, a quem considera um amigo. Tem sintomas e queixas abstratas e gostaria de ser escutada. Os profissionais de saúde que se relacionam com ela parecem cuidar de partes específicas de seu corpo, conforme sua especialização ou área de conhecimento. Mesmo a médica homeopata parece não ter proporcionado o vínculo com dona Vânia, pois esta não mais procurou a profissional.

Quando buscou o serviço de sua empresa, foi atraída por um discurso de integralidade no atendimento, que vinha ao encontro de seu desejo de ser vista de forma ampla e não fragmentada. Entretanto, apesar do discurso apresentado, foi recebida pela médica clínica da forma tradicional. Mesmo dispondo de tempo de escuta na consulta (40 a 50 minutos), valorizou apenas o relato que pudesse ser associado às lesões orgânicas objetivas, não tendo aprofundado questões subjetivas, de ordem emocional e social.

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população.

Vaitsman ressalta que o “indivíduo como objeto de qualquer ação interventora – por exemplo, a educação ou a medicina – deve ser reconhecido enquanto *locus* de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas” (Vaitsman, 1995, p. 8). Aponta-se para possibilidades de mudanças, à medida que se aprofunda o entendimento conceitual sobre trabalho em saúde, embasando a construção de uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços assistenciais.

Procurando enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde e tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva do usuário, estimula-se um conjunto de reflexões teóricas que permitem construir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo *centrado* para um usuário *centrado*. Os usuários, de modo geral, não reclamam de falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de

interesse e de responsabilização dos serviços. Sentem-se, assim, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (Merhy, 1998, p. 104).

Campos (1992) advoga a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, traduzindo-o em dimensões físicas, psíquicas e sociais. Assim, tornam-se possíveis intervenções mais integradoras dessas dimensões.

Na realidade, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas.

Campos (1992, p. 181) destaca também que a redução do paciente à condição de objeto de investigação clínica é um aspecto da atenção individual que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços de saúde. A relação profissional/cliente é um fator importante para o processo terapêutico, e sua desigualdade e pressuposta passividade do paciente devem ser questionadas.

Ao preferir buscar lesões ou disfunções na paciente, através de exames e pareceres, a médica clínica adiou o estabelecimento de uma relação dialógica que poderia permitir uma compreensão dos problemas trazidos por dona Vânia. Não havia impedimento para que essa relação fosse construída paralelamente à investigação biológica.

### ***3.2. Segundo ruído – capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas***

Ao encaminhar dona Vânia aos especialistas, dr.<sup>a</sup> Norma parece transferir a responsabilidade do cuidado, em vez de compartilhá-lo com outros profissionais.

Há uma idéia de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema trazido pelo paciente a partir do ordenamento de procedimentos investigativos que, justapostos, ofereceriam uma visão integradora do caso. Na maioria das vezes, a ênfase nesses procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, desfocando a integralidade do paciente. O esforço de constituir foco comum entre os profissionais centrando a atenção no paciente é um desafio para as equipes.

Alguns autores defendem o estabelecimento de uma referência na equipe para o usuário. Um ou mais profissionais que estabeleçam vínculos mais estreitos, que permitam aprofundar, ao longo da relação, conhecimentos sobre o “jeito de levar a vida” do usuário e interpretar suas demandas (Campos, 1992; Merhy, 1998).

No caso apresentado, a médica clínica poderia ter-se constituído nessa referência, melhor decodificando o relato de dona Vânia, tentando perceber as razões de seu sofrimento para além de uma lógica biológica mecanicista. Poderia usar seu conhecimento mais geral nesse diálogo e agregar mais conhecimentos específicos à investigação, mantendo porém a integridade da paciente.

### ***3.3. Terceiro ruído – o projeto terapêutico individualizado e as tecnologias em saúde***

Na busca de alívio para seus sofrimentos e nos vários encaminhamentos aos especialistas, dona Vânia não encontrou espaço para a individualização das suas questões e das alternativas de terapia propostas. A abordagem utilizada por todos os profissionais, independentemente de relações próximas em um mesmo serviço de saúde, foi concentrar-se em segmentos corporais e possíveis lesões.

A solicitação de exames funcionais e a prescrição de medicamentos foram mais enfatizadas nos atos médicos do que os processos educativos que pudessem aumentar a informação da paciente sobre seus problemas e medidas relativas ao estilo de vida.

Destaca-se também a pouca comunicação entre os profissionais que atendem a dona Vânia. Em muitos casos, essa multiplicidade de especialistas, desarticulados na atenção à usuária, leva a ações sobrepostas, repetidas, às vezes desnecessárias e pouco resolutivas. Sem falar no desgaste sofrido por dona Vânia nas idas e vindas a tantos profissionais, sem encontrar respostas ou alívios para seu sofrimento.

As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável.

Mesmo com certo constrangimento, a equipe, pouco a pouco, começou a perceber as dificuldades em operar o tal discurso da integralidade. As propostas iniciais de superação das dificuldades (ou ruídos) foram em torno de programas de capacitação ou educação continuada. Buscavam ter acesso ao conhecimento sobre questões psicológicas e sociais, para poderem encaminhar melhor os usuários aos profissionais especializados.

A supervisão propôs uma linha de capacitação que, através da discussão de casos e conteúdos, instrumentalizasse a atuação de cada profissional individualmente e em articulação com a equipe. A ênfase dos conteúdos na capacitação foi proposta no sentido de proporcionar vivências com as quais os profissionais pudessem identificar-se, devido ao sofrimento dos usuários, e pudessem buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas na condução dos casos.

Algumas atividades terapêuticas começaram a ser mais bem compreendidas pela equipe e outras foram introduzidas por novos profissionais, como acupuntura, grupos de vida saudável, grupos de motivação voluntária, ioga, grupo de caminhada e outras, que estimulavam a participação da equipe e convivência, de outra forma, com os usuários.

Os membros da equipe, mesmo com vivências, conhecimentos e dificuldades diferentes, constroem no cotidiano de suas práticas seus momentos de reflexão, incorporando ou compreendendo melhor outras práticas de saúde.

Na formação e capacitação de profissionais de saúde há, de modo geral, ênfase na aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e agravos. Isso gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho, como verificou Favoreto (2002), ao analisar o Programa Médico de Família do Ministério da Saúde. A introdução de formação específica no campo relacional poderia instrumentalizar a melhor atuação dos profissionais.

É necessário recuperar conteúdos e estratégias educacionais que permitam contemplar o conhecimento de tecnologias relacionais e ao mesmo tempo oferecer oportunidade de vivência permanente dessas abordagens.

#### 4. Considerações finais

Os problemas levantados com o presente caso são freqüentes no cotidiano dos serviços de saúde. Gestores e profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários precisam lançar mão de tecnologias que possam constantemente reavaliar suas práticas.

A observação e discussão atenta de como se constrói o cotidiano das relações entre a equipe de saúde e seus usuários constitui campo promissor na possibilidade de mudanças do “fazer a saúde”.

#### Referências Bibliográficas

CAMPOS, C.; CARVALHO, D. M.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998.

CAMPOS, F. E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde Família no Brasil: do discurso e da prática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case of tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 288, n. 4, p. 189-193, 1973.

MENDES, E. V. *et al.* (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENESES, C. S. *A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In : MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E. E; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 33, p. 83-89, 1991.




RIVERA, F. J. U. *Programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA JR., A. G. Lógicas de programas ações de saúde. In: BARBOZA, P. (Org.). *Curso de Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2001, p. 82-107.

SILVA JR., A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 21, n. 2, p. 3-9, maio/agosto 1995.

## Notas

- 1 Professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. Pesquisador colaborador no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
- 3 Médico Sanitarista.
- 4 O fluxograma analisador é um instrumento proposto pelo LAPA/DMPS/FCM/ UNICAMP, cuja utilização serve para demonstrar, através de símbolos, o processo de trabalho existente em um determinado serviço. Os símbolos utilizados para confecção do fluxograma são os seguintes:
  -  ⇒ Significa o início ou o fim da cadeia produtiva, ou seja, entrada ou saída de algum serviço.
  -  ⇒ Significa etapa - o momento importante da cadeia produtiva na qual ocorre consumo de recursos e produção de produtos bem definidos.
  -  ⇒ é o momento de decisão, que sempre oferece dois caminhos, etapas diferentes.
- 5 Para mais esclarecimentos sobre os conceitos utilizados, ver Silva Jr. (2001).
- 6 Quarenta por cento dos usuários atendidos nesse serviço de saúde possuem tais características.
- 7 Ruído é quando o que foi pactuado anteriormente em equipe não está sendo cumprido pelo profissional, o que leva a estranhamentos no grupo, no processo de trabalho ou no modelo de atenção no cotidiano (Merhy, 1997).
- 8 A caderneta de saúde foi criada pelo serviço de saúde da empresa para que pudessem ser registrados todos os eventos relativos à saúde do usuário e para que o mesmo pudesse portar esses registros, para seu próprio controle e orientação dos profissionais de saúde.