



CADERNO DE TEXTOS

CARTILHAS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

ÍNDICE

DOCUMENTO BASE PARA GESTORES E TRABALHADORES DO SUS.....	03
GESTÃO COMPARTILHADA E CO-GESTÃO.....	23
O HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	42
CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA.....	54
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	75
TRABALHO E REDES DE SAÚDE.....	95
REDES DE PRODUÇÃO DE SAÚDE.....	107
AMBIÊNCIA.....	121
VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE.....	132
GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO.....	143

DOCUMENTO BASE PARA GESTORES E TRABALHADORES DO SUS

HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

- 4. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

APRESENTAÇÃO

Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que emendam outras respostas, mas também problemas que persistem, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão. Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, criamos no SUS a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Queremos um SUS em todas as suas instâncias, programas e projetos comprometido com a humanização. Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado!

Este documento é produto da contribuição de muitos que têm se envolvido na proposição e implementação da Política Nacional de Humanização (PNH).

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde.

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois:

- A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios;
- Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação;
- O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro;
- O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde.

MARCO TEÓRICO-POLÍTICO

Avanços e Desafios do SUS

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois:

- A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios;
- Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação;
- O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro;

- O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde;
- O SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de ação e de co-responsabilização, servindo inclusive de referência para a organização de outras políticas públicas no Brasil.
- O SUS vem fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde;
- Tem havido uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde.

Mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros.

Diante disto, muitos desafios para a produção de saúde permanecem, como por exemplo:

- Qualificar o sistema de co-gestão do SUS;
- Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação do cuidado e dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário;
- Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- Fortalecer os processos de regionalização cooperativa e solidária, na perspectiva da ampliação do acesso com equidade;
- Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;
- Considerar o complexo padrão epidemiológico do povo brasileiro, que requer a utilização de multiplicidade de estratégias e tecnologias;
- Superar a disputa de recursos entre os entes federados, para a afirmação da contratação de co-responsabilidades sanitárias;
- Diminuir a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;
- Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural;
- Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS, para a superação do subfinanciamento;
- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida;
- Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde;
- Fomentar estratégias de valorização do trabalhador: promover melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliar investimentos na qualificação dos trabalhadores, etc.

- Fomentar processos de co-gestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde;
- Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde.

A humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

A Humanização como Política Transversal na Rede

A humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa / transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários;
- Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersetorialidade).

Assim, entendemos humanização do SUS como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual;

- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.);
- A construção e a troca de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;
- O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual, e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.
- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;

Orientações gerais da PNH

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;

- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

A PNH se estrutura a partir de:

- Princípios;
- Método;
- Diretrizes;
- Dispositivos.

Princípios da PNH

Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

O método da PNH

Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”:

- inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas;
- inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.
- inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes.

Diretrizes da PNH

Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da:

- Clínica Ampliada
- Co-gestão
- Acolhimento
- Valorização do trabalho e do trabalhador
- Defesa dos Direitos do Usuário
- Fomento das grupidades, coletivos e redes
- Construção da memória do SUS que dá certo.

Dispositivos da PNH

Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- Colegiado Gestor
- Contrato de Gestão
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- Projetos Co-Geridos de Ambiência
- Acolhimento com Classificação de Riscos
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva
- Projeto Memória do SUS que dá certo

Esses dispositivos encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>.

Resultados Esperados com a PNH

Com a implementação da PNH, trabalhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde. Tanto no âmbito dos resultados esperados quanto nos processos disparados, está-se procurando ajustar metodologias para monitoramento e avaliação (articulados aos planos de ação), cuidando para que o próprio processo avaliativo seja inovado à luz dos referenciais da PNH, em uma perspectiva formativa, participativa e emancipatória, de aprender-fazendo e fazer-aprendendo.

Estratégias Gerais

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade:

- No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto Pela Saúde;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
- No eixo da educação permanente em saúde indica-se que a PNH:
 - 1) seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; 2)

oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde;

- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação da mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;

- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

Alguns Parâmetros para Orientar a Implantação de Ações /Dispositivos

Para orientar a implementação de ações de Humanização na rede SUS, reafirmam-se os princípios da PNH, direcionados nos seguintes objetivos:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;

- Implantar, estimular e fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido;

- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos;

- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;

- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão;

- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;

- Promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;

- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na atenção básica

- Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva;

- Definição inequívoca de responsabilidades sanitárias da equipe de referência com a população referida, favorecendo a produção de vínculo orientado por projetos terapêuticos de saúde, individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Avançar na perspectivas do: a) exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade; b) estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial (e outros), firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais;
- Organização do trabalho, com base em equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente em saúde;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para implementação de ações de urgência e emergência, nos prontos-socorros, pronto atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros

- Demanda acolhida e atendida de acordo com a avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantia de resolução da urgência e emergência, provido o acesso ao atendimento hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente em saúde;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho.
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para implementação de ações na atenção especializada

- Garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional de ações diagnósticas e terapêuticas que demandam diferentes saberes e tecnologias de reabilitação;

- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho.
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar

- Implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Implantação de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Implantação de mecanismos de escuta para a população e para os trabalhadores;
- Estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados (com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de acordo com as necessidades), com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Implantação de Conselho de Gestão Participativa;
- Implantação de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia);
- Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho;
- Realização de atividades sistemáticas de formação, articulando processos de educação permanente em saúde para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da PNH;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Observação

Esses parâmetros devem ser associados à definição de indicadores capazes de monitorar as ações implementadas. Em outros documentos específicos encontram-se disponibilizados indicadores que podem ser tomados como referência. Para maiores detalhes consultar o sítio da PNH (<http://www.saude.gov.br/humanizaus>).

GLOSSÁRIO

Acolhimento

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Alteridade

Alter: “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas.

Ambiência

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Apoio matricial

Lógica de produção do processo de trabalho na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo em que o profissional cria pertencimento à sua equipe/setor, também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Apoio institucional¹

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio.

Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em, uma região limítrofe entre a Clínica e a política, entre o cuidado e a gestão - lá onde estes domínios se interferem

¹ Para maiores detalhes consultar. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

mutuamente - que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.

O apoiador institucional tem a função de: 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. A função apoio se apresenta, nesta medida, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros.

Atenção especializada/serviço de assistência especializada

Unidades ambulatoriais de referência, compostas por equipes multidisciplinares de diferentes especialidades que acompanham os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Autonomia

No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde.

Classificação de Risco (Avaliação de Risco)

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso.

Clínica ampliada

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde.

A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que: 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos. Ampliar a clínica, por sua vez, implica: 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o

saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde. As propostas da clínica ampliada: 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários.

Colegiado gestor

Em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas.

Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Controle social (participação cidadã)

Participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e dos serviços, nas diferentes esferas de governo, destacando-se, na área da Saúde, as conferências e os conselhos de saúde.

Diretrizes da PNH

Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido da: 1) Clínica Ampliada; 2) Co-Gestão; 3) Valorização do Trabalho; 4) Acolhimento; 5) Valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde do Trabalhador; 6) Defesa dos Direitos do Usuário; 7) Fomento das grupalidades, coletivos e redes; e 8) Construção da memória do SUS que dá certo.

Dispositivos da PNH

Dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos Co-Geridos de Ambiência
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;

- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

Educação permanente em saúde

As ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização.

Eficácia/eficiência (resolubilidade)

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Eqüidade

No vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a eqüidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de eqüidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

Equipe de referência/equipe multiprofissional

Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional. Em hospitais, por exemplo, a clientela internada tem sua equipe básica de referência e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. As equipes de referência em vez de serem um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

Familiar participante

Representante da rede social do usuário que garante a articulação entre a rede social/familiar e a equipe profissional dos serviços de saúde na elaboração de projetos de saúde.

Gestão participativa

Modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos.

Grupalidade

Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.

Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH)

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Igualdade

Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira, o acesso às ações e aos serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

Integralidade

Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a

cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Intersetorialidade

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não-compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

Núcleo de saber

Demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. A institucionalização dos saberes e a sua organização em práticas se dá mediante a conformação de núcleos que são mutantes e se interinfluenciam na composição de um campo de saber dinâmico. No núcleo há aglutinação de saberes e práticas, compondo um grupo ou um gênero profissional e disciplinar.

Ouvidoria

Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

Princípios da PNH

Por princípio entende-se o que causa ou força determinada ação ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: 1) A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde; 2) A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; 3) O protagonismo dos sujeitos e coletivos.

Produção de saúde e produção de subjetividade

Em uma democracia institucional, diz respeito à constituição de sujeitos autônomos e protagonistas no processo de produção de sua própria saúde. Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos.

Projeto de saúde

Projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a co-responsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuáριο/equipamento de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade.

Protagonismo

É a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e co-responsáveis no processo de produção de sua própria saúde.

Reabilitar-Reabilitação/Habilitar-Habilitação

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/ doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o “re” se aplica.

Rede psicossocial

Esquemáticamente, todos os sujeitos atuam em três cenários: a família, o trabalho e o consumo, onde se desenrolam as suas histórias com seus elementos, afetos, dinheiro, poderes e símbolos, cada qual com sua força e onde somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados, formando uma rede psicossocial. Esta rede é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade.

Redes de atenção em saúde

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Sujeito/subjetividade

Território existencial resultado de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

Trabalho

O trabalho tem sido identificado a emprego ou assalariamento e, também, a tarefas e produtos esperados. O trabalho é mais que isso, é atividade que se opõe à inércia. É o conjunto dos fenômenos que caracterizam o ser vivo. É, assim, resistência a toda

situação de heterodeterminação das normas definidas para a sua execução. Nos processos de trabalho surgem, a todo o momento, situações novas e “ventos imprevisíveis” não definidos pelas prescrições da organização do trabalho.

Para dar conta dessas situações, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações. Quando as normas são seguidas fielmente, sem serem questionadas, podemos colocar o trabalho em crise, pois as prescrições não são suficientes para responder aos imprevistos que acontecem a cada dia.

O trabalho inclui, também, uma dimensão que não é observável - como os fracassos e as frustrações por não poder ter sido feito como se gostaria - e exige invenções, escolhas e decisões muitas vezes difíceis. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores da saúde, numa dinâmica intersubjetiva. Somos gestores e produtores de saberes e de novidades.

Transversalidade

Nas experiências coletivas ou de grupalidade, diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade.

Universalidade

A Constituição brasileira instituiu o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da Saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no País, crianças, jovens, adultos e idosos.

A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos, e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, os ciganos e outras minorias, os prisioneiros e os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral.

Usuário, cliente, paciente

Cliente é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

Vínculo

Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e

sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Visita aberta e direito de acompanhante

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente durante o tempo de internação.

GESTÃO PARTICIPATIVA E CO-GESTÃO

Co-gestão: o fazer coletivo de um SUS solidário

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.

Ainda segundo a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços estratégicos de participação social. Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências visando avaliar a saúde no município e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, subsidiando a construção do Plano Municipal de forma mais adequada aos anseios e necessidades da população.

Além dos Conselhos e Conferências, os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e nos estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com representações dos municípios e do estado. Estas Comissões são também lugares importantes de exercício de gestão compartilhada e participativa, muito embora reúnam gestores, os quais então definem de forma mais co-responsabilizada os encargos sanitários.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa.

Uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos

de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos por cada um dos trabalhadores.

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns.

Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (co-responsabilização no cuidado de si).

Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de co-responsabilidade.

A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício do próprio fazer da co-gestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Por exemplo, ao desempenharem seus papéis, os gestores orientam-se por metas que são apresentadas como propostas para os colegiados. Estas devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas. Também os usuários e seus familiares, assim como os profissionais em suas equipes, têm propostas que serão apreciadas pelo colegiado e resolvidas de comum acordo.

Por isso, os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Espaços em que há discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes e contratos definidos.

A implementação das diretrizes do SUS deve, ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

Para promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, vários caminhos podem ser adotados. Para tanto, dispositivos/arranjos estão sendo implementados nos múltiplos espaços de gestão do SUS, Brasil afora, com bons resultados.

A Política Nacional de Humanização e a Gestão Participativa: definindo os termos

Uma aposta radical do HumanizaSUS é a democratização da gestão, que implica na ampliação do grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde. Ao serem implementadas, as diretrizes da Política Nacional de Humanização provocam uma alteração na correlação de forças na equipe e desta com os usuários e sua rede social, o que favorece a produção/ampliação da co-responsabilização no processo de cuidado.

O que é gestão? Uma primeira aproximação

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disto, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolismos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

Por que é necessária a gestão?

A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização. Não havendo necessária nem previamente estas coincidências, a gestão tem por objeto os conflitos derivados desta discrepância.

Assim, a gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam.

O trabalho humano é composto por contradições, apresentando-se, ao mesmo tempo, como espaço de criação e de repetição; espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Trabalhar resulta, pois, da interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para seus agentes.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações de saúde precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar exatamente aí inovações que permitam - no caso da área da saúde - ampliar a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a realização dos trabalhadores (trabalho dotado de sentido).

As organizações de saúde como espaço do exercício da gestão

Os estabelecimentos de saúde são organizações profissionais compostas por sujeitos que detêm coeficientes ampliados de autonomia (de ação, de agir deliberado), o que faz com que a gestão sofra constrangimentos para a sua ação. A grande diversidade de sujeitos na composição do trabalho em saúde é definida, entre outros, pelo objeto, objetivos estratégicos, missão e posição do serviço na rede de cuidados.

De outra parte, as organizações de saúde dependem, em alguma medida, da relação que estabelecem entre si para a obtenção de seus resultados, requisitando intercâmbios definidos e mediados pelos objetos de que se ocupam e pelas responsabilidades que contraem no sistema de saúde. Além disto, as organizações de saúde produzem distintos graus de vinculação com sua clientela, estabelecendo com ela processos de contratualização, os quais definem co-responsabilizações.

Por fim, as organizações de saúde têm distintas densidades e composições tecnológicas entendidas como saberes (na forma de conhecimento, práticas e/ou equipamentos), sendo que alguns deles predominam na execução de suas atividades.

Estas características das organizações de saúde determinam que elas se apresentem como realidades diversas e plurais, compondo com outras organizações um extenso mosaico de serviços e uma rede de múltiplas conexões. Além disto, as organizações de saúde são complexas, pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica; e constituídas por sujeitos que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado), que é exercida de forma desigual, pois seus agentes internos acumulam poder de forma desigual, fazendo com que co-existam ao mesmo tempo distintas produções e experimentações subjetivas. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se apresenta como tarefa hiper-complexa.

Como tem sido realizada a gestão nas organizações de saúde?

Os processos tradicionais de gestão do trabalho - ou seja, modos de organizar e realizar a gestão do trabalho humano - entenderam que o trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses dos proprietários mediante, de um lado, a necessidade de trabalhar, como condição *sine qua non* de sua reprodutibilidade e, de outro, o exercício do controle de suas vontades.

Por muito tempo esta tradição tratou de produzir o entendimento (cultura, ideologia) de que os trabalhadores não tinham condição de conduzir seu próprio trabalho, pela simples falta de capacidade de gestão, ou seja, de condução da organização. É claro que esta produção (interessada) tratava de isolar os trabalhadores em postos de execução, cuja definição encontrava-se em níveis técnicos intermediários, responsáveis então pela formulação, planejamento, controle e avaliação.

Nesta lógica, o trabalho seria realizado mediante a ação não-espontânea dos trabalhadores, que necessitariam de supervisão, controle, estímulos (financeiros, morais etc.) para produzir, para realizar as tarefas. Esta lógica (taylorista, fordista) ainda permanece no cotidiano do trabalho contemporâneo, em que pese um conjunto de novas teorias e metodologias que surgiram no decorrer do século XX.

O que produz esta concepção de trabalho no trabalhador?

Em primeiro lugar, uma produção subjetiva, forjada sobre a incapacidade de realização, produz uma “infantilização” dos trabalhadores. A isto se agrega a renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado em outro lugar.

A consequência imediata disto é a diminuição/destituição do sentido do trabalho, que tende, então, a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção: produzem-se partes, cujas conexões não são sabidas. Assim, a fragmentação dos processos de trabalho tende a manter os trabalhadores em posição sempre defasada ao todo da tarefa, cujo sentido não é conhecido.

Alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação. Trabalho como constrangimento à vontade humana. Trabalho destituído de sua potência instituinte. Trabalho mortífero!

A que se presta a gestão não-democrática?

Nesta tradição, a gestão, em tese, cumpre a função de manter a organização produzindo e em funcionamento. Espaço de acionamento dos meios, do trabalho humano (então chamados recursos humanos - RH) para os fins da organização. Espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador.

Qual sentido de gestão tem sido adotado pela Política Nacional de Humanização?

A Política Nacional de Humanização entende que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si. Como então, no trabalho da saúde, avançar para uma outra gestão do trabalho - e, por consequência, das organizações?

Ampliando o conceito de gestão: co-gestão

O trabalho sempre será uma mistura de espaço de criação com repetição; espaço de exercício da vontade com constrangimento; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e necessidades dos agentes imediatos do trabalho.

Esta premissa, contudo, não pode ser justificadora do trabalho imposto como foi pela tradição taylorista-fordista, até por que nela a imperiosa questão da reprodução privada do capital é central: o trabalho é o elemento da produção de mais-valia, logo a gestão é instrumento essencial da reprodução do capital.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar, exatamente aí, inovações que permitam - no caso da área da saúde - ampliar a capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo que ampliar a realização dos trabalhadores. Mas como fazer isto?

Experimentação da gestão no SUS

Estas questões não podem ser tratadas fora do contexto político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um produto da Reforma Sanitária Brasileira. A experiência brasileira de reorganização do sistema público de saúde, na trajetória dos 20 anos do SUS (considerando como marco inicial a promulgação da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988), acumulou uma série de avanços, tanto na reorganização do sistema de serviços e na introdução de novas políticas de saúde (Pasche et al, 2006), como na produção de modificações no padrão de morbimortalidade da população brasileira.

Todavia, em que pesem os avanços, muitos são ainda os desafios que permanecem na agenda sanitária nacional, cujo enfrentamento requisita e impõe como condição a produção de um novo pacto sanitário nacional que permita a introdução de inovações nas formas de organização e de gestão do sistema de saúde brasileiro.

A produção de mudanças necessita da composição de uma agenda política, que deve dialogar com muitos interesses de vários setores sociais e, nesta medida, permitir o alargamento dos espaços de debate, a ampliação da participação da sociedade e a transparência no processo de discussão, que são condições essenciais para a consolidação de um sistema público e democrático.

Este novo pacto nacional, entre outros, deveria incluir como tema prioritário a reconstrução das práticas de saúde - o que remete, necessariamente, ao tema da recomposição e reorganização dos processos de trabalho. Isto, por sua vez, reclama que se coloque em tela o tema do trabalho em saúde reposicionando-se o campo e os instrumentos de gestão, de modo que se apresentem como método e espaço de intervenção (CAMPOS, 2003) dotado de capacidade de produzir sujeitos aptos a imprimir mudanças nos modos de cuidar e nos modos de gerir.

De outro lado, o desafio de mudança nas práticas de saúde requer a utilização de métodos que guiem e dêem suporte a este intento, sem o qual mudanças mais substantivas terão dificuldades de serem implementadas e sustentadas. A Política Nacional de Humanização, uma das inovações no SUS (Pasche et al, 2006), propõe como método a inclusão, a qual se apresenta como uma “tríplice inclusão” (BRASIL, 2008a). Incluir sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos processos de gestão. Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

Campos (2000) apresenta um método de gestão para coletivos, o qual é denominado de Método Paidéia. Este método também pressupõe a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, os quais se tornam complexos e contraditórios, requisitando, portanto, modos de geri-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades. Gastão Campos constrói, então, um método que pode ser apresentado como a criação de espaços coletivos para o exercício

da co-gestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão (produção de textos) e a construção e contratação de tarefas (co responsabilização), considerando não só a função primária da organização de saúde (produzir saúde), mas também a produção de sujeitos (função secundária das organizações).

Assim, o espaço da gestão a partir da experiência brasileira passa a ser compreendido também como exercício de método, uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e co-responsáveis pela co-produção de saúde.

Co-gestão, ampliação das tarefas de gestão: ir além de manter as organizações funcionando

A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas. Todos fazem gestão!

Tomar a gestão como um método implica também na adição de outras funções para a gestão, para além de ser um espaço substantivo que permite a organização de saúde operar no tempo. No Brasil tem sido comum a expressão co-gestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão.

Em primeiro lugar, co-gestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”.

De outra parte, a idéia de co-gestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas:

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais - efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;
- Formular projetos, que implica em abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos.

Como introduzir novos sujeitos no processo decisório e quais benefícios isto traria para a produção de saúde?

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de co-gestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, co-gestão, co-governo.

A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traria como efeito a ampliação da implicação e co-responsabilização do conjunto dos sujeitos nos processos de gestão e de cuidado, uma vez que as definições, na forma da produção de tarefas, seriam coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles. De outra parte, maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultaria em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

Política de Humanização e gestão democrática como reinvenção das organizações para a emergência da diferença

O trabalho nas sociedades contemporâneas, sob a égide do capital, instrumentalizou a ação do homem para a produção de mercadorias e realização de mais-valia. Isto foi possível, entre outros motivos, pelas disciplinarização e controle do trabalho e do trabalhador, tarefa que coube à gestão do trabalho. Este processo produziu forte alienação, fazendo com que o trabalho perdesse sentido, pois além de estritamente relacionado à produção de lucro (trabalhador como recurso humano), expropriou os trabalhadores da decisão sobre a organização dos processos de trabalho.

A história mostra que os trabalhadores não sofreram esta organização do trabalho sem resistências, as quais, ao lado de outros fatores, impuseram mudanças sucessivas na lógica da organização do trabalho desde o final do século XIX. Contudo, resta sempre a questão de que o trabalho no regime do capital é sempre meio para a produção de mais-valia e, então, ajustes nos modos de gestão estarão sempre condicionados a esta que é uma marca irremovível deste regime.

No campo da saúde, a alienação no trabalho causa efeitos destrutivos, pois a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos. Esta questão tem apontado para a necessidade de reorganizar o trabalho em saúde na perspectiva de produzir sentido para quem o executa. Sem este sentido não se reduz a alienação, ou seja, não se consegue reposicionar os sujeitos na relação para a produção de contratos de co-responsabilização no cuidado.

De outra parte, o trabalho - em que pesem as discussões estabelecidas desde o final do século passado no contexto da globalização, do qual emergiram questões sobre a “crise do trabalho” no contemporâneo - se apresenta como uma importante linha de força na produção de sujeitos, na determinação dos modos de subjetivação. Isto quer dizer que a reinvenção da arquitetura de poder nas organizações e a reconstrução dos processos de trabalho interferem substantivamente nos modos de subjetivação. Talvez esta seja uma razão bastante forte para repensar as organizações de saúde.

Reinventar a gestão e os modos como se organizam a rede de atenção e as ofertas de cuidado implica, de um lado, na deflagração de um processo cultural, que por sua vez requer a produção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais. De outro lado, esta reinvenção requer a reestruturação das organizações, dos estabelecimentos de saúde, que necessitam de uma nova arquitetura capaz de propiciar e fomentar novos modos de circulação de poder e de produção de subjetividade, capazes então de fomentar a construção de inovações nas práticas de saúde (PASCHE, 2005).

Reinventar os modos de governar as instituições - portanto, de recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças - é um exercício de aprimoramento da democracia institucional. Isto exige, entre outros, a formulação de arranjos e processos que permitam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades nas diferenças dos sujeitos. Para tanto, há de se lançar mão de conceitos ampliados de gestão, de sujeito, de subjetividade e de grupos, que permitam a compreensão e operação concreta de novos contratos (PASCHE, 2005).

Co-gestão expressa, ao mesmo tempo, inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão, que incorpora também função de análise institucional, de contextos e da política, função de formulação, portanto de exercício crítico-criativo e função pedagógica, que Gastão Campos (2000) vai denominar de Função Paidéia.

Mas o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer vontade política, provisão de condições concretas e método, sem o qual se corre o risco de se transformar a co-gestão apenas em um exercício discursivo. É nesta perspectiva que a própria gestão se apresenta como um método, pois ela tanto pode se prestar ao exercício do controle dos sujeitos (processos de assujeitamento), como pode ser um importante espaço de reinvenção do trabalho, produzindo sentido desde pressupostos éticos - como, por exemplo, a base doutrinária do SUS (equidade, universalidade, integralidade e participação cidadã).

Reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde (que são realidades hiper-complexas) têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco transversais e colocando em relação apenas os iguais. Em outras palavras: o exercício da comunicação se dá entre os pares (chefes com chefes, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, e assim por diante), dificultando a emergência de processos instituintes. Dessa forma, a organização se reproduz, pois se mantém sustentada sobre linhas de forças que apenas reverberam aquilo que já está instituído.

Uma nova arquitetura deveria permitir a ampliação da superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças. Esta orientação se sustenta pelo argumento de que os objetos com que os trabalhadores lidam são complexos (risco de adoecer e doenças), o que exige ação interdisciplinar. A ação interdisciplinar necessita da organização de espaços para o encontro e composição nas diferenças para arranjar formas de intervenção que articulem os diferentes territórios de saberes e práticas. Sem esta articulação o trabalho deixa de ter transversalidade, apresentando-se tão-somente como realidade multidisciplinar.

O fomento e organização de rodas é uma diretriz da co-gestão. Colocar a diferença em contato para que se produzam movimentos de desestabilização nos acúmulos até então obtidos (sempre insatisfatórios) e produzir mudanças nas práticas de gestão e de

atenção. Instituições mais abertas aos movimentos de mudança são uma contra-produção no campo da gestão tradicional, sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos. Todavia, instituições mais permeáveis e porosas têm maior capacidade de lidar com as instabilidades e com a emergência de contextos de crise, pois estão preparadas e dispostas a acionar a inteligência coletiva de seus integrantes. É isto requer e exige o exercício ampliado de gestão, que deixaria de ser uma “oligo-gestão” (gestão de poucos) para uma co-gestão (que inclui novos sujeitos).

A Política Nacional de Humanização denomina este movimento metodológico como “método da tríplice inclusão”. Assim, o contato com a diferença vai exigir que as instituições passem a lidar e não a evitar os conflitos; aliás, as organizações e seu processo de gestão ampliado passam a produzir perturbações, pois o encontro entre as diferenças propicia a emergência de tensões advindas da relação entre sujeitos que portam diferentes desejos, interesses e necessidades. Isto requer, além de método, a introdução de estratégias de suporte para as equipes como, por exemplo, a oferta de apoio institucional.

A reorganização da arquitetura das organizações deveria produzir Unidades de Produção (UP), onde Equipes de Referência se constituiriam para lidar com seus objetos complexos. Estas Unidades de Produção e Equipes de Referência são conceitos e ferramentas basilares para a reorganização das práticas de gestão e de saúde porque, a partir do estabelecimento de contratos internos (nas equipes e nas organizações a que pertencem), estabeleceriam acordos com outras equipes e serviços - fundando, assim, possibilidades concretas de reorganizar a rede de atenção à saúde, sem o qual não se garante o cuidado longitudinal. Assim, a produção de contratos entre equipes e serviços é uma das funções da gestão, tarefa sem a qual não se ampliam as estratégias de co-responsabilização.

A reinvenção organizacional, tanto no sentido da instauração de espaços coletivos para a concertação e pactuação de interesses como da reconstrução das linhas de poder, que implica o redesenho organizacional, é condição necessária para o intento de fazer com que as organizações de saúde se aproximem o mais possível da realização do objetivo de produzir saúde (função e tarefa primária) e sujeitos mais autônomos e livres, condição para a construção mais partilhada de processos de co-responsabilização.

Arranjos e dispositivos para o exercício da co-gestão

Para fins didáticos, a Política Nacional de Humanização distingue arranjos/dispositivos de co-gestão em dois grupos:

O primeiro grupo diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores.

O segundo grupo refere-se aos mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das Unidades de Saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção dos laços sociais dos usuários internados quanto sua inserção e de seus familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento. Almejam, portanto, a participação do usuário, sua família e rede social, na perspectiva de

garantir os direitos que lhes são assegurados e também o avanço no compartilhamento e co-responsabilização do tratamento e cuidados em geral.

Organização de espaços coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores

Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) - Coletivos organizados, participativos e democráticos que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização da gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da Humanização; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e interprofissional; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade.

Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde - Compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de saúde, diretores e, no caso do hospital, todos os coordenadores das Unidades de Produção. Dentre outras, tem como atribuições: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades, definir os investimentos, organizar os projetos das várias unidades, construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos Conselhos Gestores e administrar imprevistos.

Colegiado Gestor da Unidade de Saúde - Tem por atribuições: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na Atenção Básica, o Colegiado é composto por representantes das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e elementar. No caso das Unidades de Saúde com mais de uma Equipe de Saúde da Família, orienta-se que todas elas estejam representadas no Colegiado da Unidade, por meio de um profissional de nível superior, um Agente Comunitário de Saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro). Ressalta-se que a Equipe de Saúde da Família, por si só é um “coletivo organizado de trabalhadores”. De configuração multiprofissional, comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho. Em hospitais e serviços especializados conformam-se os Colegiados de Unidades de Produção, entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados, como, por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança (voltada para esse público).

Mesa de Negociação Permanente - As Mesas de Negociação Permanente são fóruns paritários que reúnem gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. A criação destes mecanismos se insere no contexto de democratização das relações de trabalho, nas quais a participação do trabalhador é

entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ao fortalecimento do SUS. As mesas possibilitam a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores e trabalhadores da Saúde.

Contratos de Gestão - Firmados entre as Unidades de Saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, Unidades de Saúde Ambulatoriais e Hospitais, com o Distrito Sanitário e/ou com o nível central da Secretaria de Saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa; c) garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

Contratos Internos de Gestão - Contrato pode ser entendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes que se comprometem a cumprir o que foi decidido. Contratos Internos de Gestão são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde, estimulando as interfaces e a co-responsabilização através da constituição de redes de trabalho e de compromisso. Eles representam a reorganização nos processos de trabalho nas unidades - que, a partir de diretrizes e objetivos claros, se materializam em metas, planos de ação e indicadores, voltados para mudanças nas práticas de atenção e fortalecimento da gestão compartilhada e participativa. Os Contratos Internos de Gestão representam acordos e pactos entre unidades e equipes de saúde derivados de movimentos intensivos e extensivos de análise e discussão coletiva, sendo potentes mecanismos para garantir a sustentabilidade de mudanças na lógica da organização do trabalho e da gestão. Além disto, os Contratos Internos de Gestão rompem como os modos fragmentados de pensar e agir nas organizações, construindo e fomentando redes de conversação, de troca e cooperação.

Câmara Técnica de Humanização - Fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências do/no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de co-gestão. Pode-se constituir através de representações institucionais formalizadas ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências. Seu método de funcionamento é pautado no mapeamento e ajustes contínuos das iniciativas à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Seu caráter pedagógico-formativo é conferido pelas análises coletivas e destaque de indicadores do processo de implementação e seus alcances, podendo servir como referência para outros serviços.

Dispositivos para fomento da participação ativa de usuários, familiares e redes sociais no cotidiano de serviços de saúde

- Equipe de Referência;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Direito a acompanhante em consultas, realização de exames e em internações;
- Visita aberta;
- Espaços de escuta qualificada de usuários e trabalhadores: ouvidoria, gerência de agenda aberta, etc.

Equipe de Referência - Organização do trabalho em equipe na qual um conjunto de trabalhadores que comungam do mesmo espaço de trabalho/atuação interagem para a definição de encargos sanitários considerando núcleos e campos de competências e responsabilidades.

Direito a acompanhante nas consultas, realização de exames e internações - O direito do usuário a acompanhante nos serviços de saúde garante, de um lado, o exercício de um direito fundamental da pessoa que é o de contar, em uma situação de fragilidade, com alguém de sua rede social e afetiva que pode “negociar” com trabalhadores e equipes processos de cuidado e proteger o usuário contra práticas indevidas (derivadas do preconceito, de discriminações, etc.) que levam ao descuidado, ao descompromisso e à baixa produção de saúde. De outro lado, o acompanhante, quando efetivamente envolvido pela equipe, pode vir a ser aliado importante nos processos terapêuticos, ampliando a eficácia e a extensão da rede social no processo de co-responsabilização no cuidado.

Visita aberta - É um dispositivo que garante, no maior tempo possível, a presença da rede sócio-familiar dos usuários internados, de forma a assegurar o elo entre o usuário do hospital, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. A visita aberta amplia o grau de co-responsabilização no cuidado, possibilita a participação do familiar na construção de projetos terapêuticos; amplia o grau de comunicação entre os envolvidos no cuidado; ressignifica o lugar do hospital como estratégia e espaço de produção de saúde, que não se fecha sobre si mesmo, mas inclui outras dinâmicas e agentes no cuidado de saúde.

Gerência com agenda aberta - Estratégia para interação com a rede sócio-familiar do usuário e com trabalhadores e equipes de saúde. Mecanismo sistemático de “atendimento” do usuário e de sua rede sócio-familiar e dos trabalhadores, destinando “espaço” e tempo da agenda de gestores (trabalhadores em cargos de gestão) para interagir com estes sujeitos, buscando construir em tempo oportuno soluções coletivas para necessidades de saúde e de trabalho.

Ouvidoria - Instrumento de ausculta da avaliação que fazem os usuários e sua rede sócio-familiar da experiência que tiveram com serviços e trabalhadores da saúde. Além disto, ouvidorias captam também manifestações dos trabalhadores da saúde acolhendo questões referentes às condições e processos de trabalho, garantindo o retorno e encaminhamento em tempo acordado dos problemas identificados. A ouvidoria é um dispositivo de humanização da saúde porque permite a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações conflitivas que são sintomas, manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. Não se trata, desta forma, de um mecanismo de culpabilização ou punição de trabalhadores e gestores, mas de construção de medidas coletivas para o enfrentamento de problemas e situações apontados por usuários e trabalhadores. As ouvidorias devem promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes; assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito; acionar os órgãos competentes para ações pertinentes frente a atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde. Por fim, as informações das ouvidorias permitem a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento e subsidiam a formulação de políticas de gestão do SUS.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) - O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e

usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de co-responsabilização. A construção de contratos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. Projetos terapêuticos são, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde.

Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal - Estratégias de inclusão de usuários e trabalhadores nos vários espaços dos serviços de saúde. Destinam-se tanto para a captação de percepções e avaliações frente às ações de gestão e cuidado em saúde como para constituição em espaços de circulação de informações de saúde, com vistas à produção de autonomia, protagonismo e emancipação dos sujeitos.

Apêndice

Alguns conceitos de referência tomados pela Política Nacional de Humanização para a produção de novos modos de gestão do trabalho e dos processos de cuidado em saúde:

Coletivo organizado para a produção

- Toda organização é um coletivo que se organiza para produzir bens e/ou serviços;
- Assim, todo serviço, equipe, unidade de saúde, etc. é um coletivo que se organiza para produzir saúde;
- Conceitos subjacentes: coletivo; produção e finalidades da organização e do trabalho em saúde.

Sistema de co-gestão - Ampliação da democracia nas organizações de saúde: Trabalho como espaço de produção de sujeitos mais livres, autônomos e capazes de contrair responsabilidades.

- Nova arquitetura, novo arranjo da organização que permite o exercício do co governo;
- Partilhamento do processo decisório e de responsabilidades sem renúncia de interesses e desejos;
- Aproximação entre política (gestão) e Clínica, ou da gestão da saúde com a produção de saúde;
- Todo sistema de saúde, cada um de seus componentes, podem ser co-governados.

Espaços coletivos - Exercício partilhado do poder como mecanismo de co-responsabilização.

- Arranjos promotores de encontros das pessoas nos coletivos, nas organizações;

- Produção de lugar e tempo nas organizações (com existência formal);
- Conselhos, colegiados de gestão, rodas e mesmo encontros informais (estímulo à comunicação lateral e horizontal).

Unidade de Produção (UP) - Desfragmentação das organizações e dos processos de trabalho; objeto e objetivos comuns definem processos de co-responsabilização.

- Nova concepção para a organização do trabalho nos coletivos organizados para a produção;
- Objetos e objetivos definem unidades de produção;
- Articulação do processo de trabalho e de cada trabalhador a partir de objetivos comuns;
- Horizontalização da organização: diminuição do distanciamento entre governantes e governados;
- Agilidade no processo de trabalho: espaços de análise e contratação de tarefas e responsabilidades.

Equipes de Referência

- Reorganização do processo e da gestão do trabalho;
- Enfrentamento da lógica de que todos cuidam de todos quando, de fato, ninguém é responsável por ninguém;
- Composição e articulação do trabalho a partir de núcleos de competências e responsabilidades, considerando uma série de princípios e diretrizes da atenção à saúde.

Apoio Matricial Especializado - integração em rede de serviços e práticas de saúde, tomando por referência uma equipe/profissional de referência.

- Unidades de produção, Equipes de Referência, etc. necessitam de apoio técnico especializado para aumentar sua capacidade de resolver problemas (apoio, retaguarda, referências, etc.);
- Localização: pode se localizar diretamente nos serviços ou compor serviços com esta finalidade;
- Natureza: dimensão técnica (ligada às atividades clínicas e de saúde pública); dimensão política (ligada às atividades de gestão, bem como comunicação e educação em saúde).

Adscrição flexível de clientela: território - responsabilização e vínculo

- Todo/toda cidadão/cidadã tem direito a uma equipe que cuide dele/dela;
- Atuação da equipe/Unidade de Produção a partir de recorte (construção) territorial, concomitante ao compromisso pelo cuidado efetivado por meio de contrato de gestão (com usuários e gestores).

Vínculo - responsabilização sanitária; ampliação da capacidade de contrair responsabilidade.

- Elemento estruturante da clínica, pois permite a produção de contrato de cuidado;
- Transferência positiva que resulta na produção de confiança e cumplicidade.

Ampliação da Clínica - Clínica Ampliada - Clínica do Sujeito

- Ampliada em quê? Considera a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento (nas conexões, muitas vezes ocultas, entre o biológico, o subjetivo e o social);
- Pressupõe trabalho em equipe: clínica interdisciplinar;
- Em oposição à clínica degradada, reduzida à tecnologia da queixa-conduta.

Acolhimento

- Capacidade/coeficiente de acolhida/acatamento das demandas e necessidades como pressuposto básico do contrato entre unidade de saúde/equipes e usuário e sua rede sócio-familiar;
- Pressuposto - rede básica (complexa) é a porta de entrada preferencial do sistema: sistema de porta aberta + aumento da capilaridade pelo aumento das ofertas terapêuticas (consultas, atividades de grupos, procedimentos de ambulatório, visitas, atividades comunitárias e intersetoriais, etc.).

Responsabilidade Sanitária - Responsabilização: quem faz o quê e sob quê condições.

- Responsabilização exige que se visualize com clareza quem é o cuidador/responsável pelo caso (não é necessariamente o médico);
- Atenção Básica - entrada preferencial do usuário na rede - se constitui no plano substantivo da responsabilização;
- Mesmo no esgotamento do núcleo de competências da equipe de Atenção Básica, sua responsabilidade, não cessa (integralidade, co-responsabilização e gestão clínica compartilhada na rede).

Resolubilidade

- Capacidade de resolver problemas;
- Para o sistema ser equânime e universal, é imprescindível uma rede básica com alta performance. Isto implica, entre outros, que se ofertem de forma articulada ações referentes às três tarefas substantivas da rede básica:
 - Clínica Ampliada (demanda programada e vínculo);
 - Vigilância da Saúde (saúde pública);
 - Acolhimento (pronto-atendimento de demanda não programada).

Projeto Terapêutico Singular

- Adscrição de clientela exige processos de discriminação positiva de clientela;
- Projeto Terapêutico Singular ajuda a equipe interdisciplinar a priorizar o trabalho, organizando-o a partir do acionamento dos diversos núcleos de competência;
- O caso é da equipe, e na equipe há co-responsabilização e compartilhamentos;

- Elemento singular de produção de vínculo, responsabilização e aumento da resolutividade.

Trabalho em equipe - Núcleo e Campo de Responsabilização e Competências (NCRC)

- Ação interdisciplinar é uma exigência se o objetivo é qualificar o trabalho em saúde. Contudo, como se definem as tarefas de responsabilidade de cada um?
- NCRC: conceito-ferramenta que permite à equipe enfrentar e potencializar as diferenças entre seus membros;
- Campo: define responsabilidades e competências comuns à maioria dos membros da equipe;
- Núcleo: práticas/ações privativas de cada ambiente, organização e nível de percepção e interação de cada equipe;
- Resultam de definições do processo de construção de uma grupalidade. Assim, não são estáticas, mas mutantes às produções coletivas.

Autonomia (relativa) do sujeito

- Autonomia como capacidade de agir deliberado, produzido pelas capacidades de cada um, de seus desejos, interesses e necessidades;
- Relativa porque toda autonomia resulta também da confluência de elementos e definições de outros planos, desde o inconsciente, passando pelo acaso, indo até o plano das determinações sócio-econômicas, políticas e culturais;
- Resulta, assim, de um plano singular entre a vontade do sujeito e as forças que sobre ele agem no plano da História.

Reformulação da saúde pública - Ação intersetorial e afirmação do sujeito.

- A saúde pública tradicional se firmou como resultante do positivismo, espelhado na bacteriologia e nas práticas de controle sobre o sujeito e ambientes;
- A nova saúde pública deve, sem relegar os conhecimentos da ciência, atuar considerando os sujeitos e não sobre eles. Isto implica, entre outros, na utilização da ciência e do poder do Estado para uma atuação mais pedagógica e afirmativa da condição de sujeito.

Lidando com as contradições constitutivas da gestão ou sobre a dialética entre oferta e demanda

- A gestão lida com contradições insolúveis, entre as quais: autonomia e controle; liberdade de ação profissional e necessidades sociais; interesses dos trabalhadores e interesses dos gestores, das organizações de saúde, da sociedade; especialização do trabalhador e generalista;
- Contradições constitutivas: não se resolve, lida-se com elas;
- Ofertas de gestão como suporte (conceitos, ferramentas, projetos etc.) deveriam ser contrabalançadas pelo processamento/inclusão na agenda de demandas a quem estas ofertas se destinam;

- Demandas se produzem em qualquer relação: gestor x trabalhador; governo x sociedade; usuário x equipe, etc.;
- Espaços coletivos: criam ambiente para manifestação e tratamento de demandas.

Espaços de fala e escuta protegida

- Lidar com as contradições e diferenças e a partir delas produzir compromissos e novos contratos: isto requer arranjos e dispositivos;
- Discutir e processar temas temidos, não-ditos, e a partir daí contratar tarefas, sem com isto indispor-se com o outro, requer a instituição de espaços protegidos, ou seja, lugar/tempo - com ou sem apoio institucional - cujas regras/contratos permitem realizar críticas, identificar insuficiências e apontar contradições sem que isto signifique um “crime mortal” e a exposição a represálias.

Arranjos e dispositivos

- Reorganizar as instituições para que delas seja possível a construção de novas relações, mais democráticas, mais representativas do conjunto dos sujeitos, requer a obra de reinventar/recrutar as organizações;
- Arranjos: estruturas - perenidade, mais cristalizadas, estáveis;
- Dispositivos: instrumentos, processos, etc. capazes de dar início ou de disparar processos. Por isto são eventuais, muitas vezes efêmeros.

Apoio Institucional - Articular a produção da tarefa com o exercício analítico de pertencer a uma grupalidade que produz tarefas.

- A gestão dos espaços coletivos requer, muitas vezes, a mediação de um terceiro, um agente externo capaz de prestar apoio ao grupo, combinando suporte com manejo;
- Não é o mesmo que supervisão, que em geral atua de forma verticalizada e se vincula ao exercício do poder normativo (que ensina a fazer, pois sabe como “fazer certo” versus fazer junto a partir das especificidades locais).

Referências Bibliográficas

BRASIL; Política Nacional de Humanização. *Documento Base*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 3ª Edição, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Paidéia. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>.

CAMPOS, Gastão W. de Sousa. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: ONOCKO, R & MERHY, E. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. Saúde coletiva*, mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.301-306. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf>

PASSOS, Eduardo e BENEVIDES, Regina (Orgs). Gestão participativa e co-gestão. In: *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 2v. (80-83). Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/humanizausus/>

PASCHE, Dário Frederico. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.312-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a05v12n2.pdf>

PASCHE, Dário Frederico; Righi, Liane Beatriz; Thomé, Henrique I; Dischkaln, Eveline. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil [Paradoxes of health decentralization policies in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 20(6):416-422.

PASCHE, Dário Frederico. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, Dário Frederico, CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da. (Orgs.). *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora UNIJUI, 2005.

O HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado

Esta cartilha convida gestores, trabalhadores e usuários a refletir, dialogar e reinventar as práticas individuais e coletivas nos modos de produzir atenção e gestão na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nestes anos de construção, o SUS avança em diversos cantos do país, nos territórios vivos onde as pessoas moram e a vida acontece, onde atuam as equipes de saúde, nos serviços e na comunidade. Experiências bem-sucedidas demonstram a potência do SUS e as possibilidades de qualificar a atenção e a gestão. Essas experiências e sua repercussão para gestores, trabalhadores e usuários são frutos de encontros com espaços para trocas, escuta qualificada, respeito à diversidade e às necessidades específicas, individuais e coletivas.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - HumanizaSUS (2003) considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (Benevides & Passos, 2005). O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e co-responsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede.

O HumanizaSUS surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, partindo do reconhecimento do “SUS que dá certo”. E, no âmbito da Atenção Básica, temos experiências expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2006) caracteriza este nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde - ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem essas populações.

A saúde, compreendida como direito universal, indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de Atenção Básica que lhe cuide, com capacidade de se co-responsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. A adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes e o acompanhamento ao longo do tempo facilitam a criação de vínculo terapêutico.

Para dar conta de suas responsabilidades, a Atenção Básica se vale de tecnologias relacionais de elevada complexidade, ou seja, lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas - que dizem respeito aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo - utilizando poucos equipamentos. Precisa dos múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por toda uma equipe de profissionais de

saúde na relação com os sujeitos “usuários”. Os espaços da Atenção Básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades.

É um desafio superar a percepção - presente ainda em parte dos gestores, profissionais de saúde e população - da Atenção Básica como ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz (Cunha, 2005). Entre os profissionais de saúde esta percepção decorre, em grande medida, de uma formação profissional centrada no espaço hospitalar e no modelo da biomedicina. Isto tem dificultado a compreensão de que a Atenção Básica tem uma grande complexidade, demandando conhecimentos e práticas diferentes da atenção produzida em outros locais.

A Atenção Básica deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Este tipo de seguimento facilita a criação e manutenção do vínculo terapêutico. A pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a interação entre as equipes e a co-gestão dos recursos existentes num dado território podem ampliar grandemente as possibilidades de produção de saúde.

A diversidade de situações vivenciadas na Atenção Básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde.

A Atenção Básica é também considerada um lugar privilegiado de ensino-aprendizagem, um campo de práticas a ser consolidado e continuamente transformado a partir das experimentações concretas, inclusive pelo ensino formal (ensino técnico, de graduação e pós-graduação). O encontro ensino-serviço deve ser processualmente estreitado, com ganhos para a rede de saúde e instituições de ensino. Esta é uma proposição da Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (MS, 2004; 2007).

Inserir os alunos das várias profissões da saúde precocemente na Atenção Básica; atenuar o ensino centrado no hospital; diminuir a fragmentação disciplinar; trabalhar a responsabilização, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na equipe, o vínculo; articular ações individuais e coletivas e assumir ao longo dos anos de formação a co-gestão do cuidado em rede são exemplos de iniciativas que podem ser significativas no processo de desenvolvimento das competências dos futuros profissionais da saúde, docentes e trabalhadores, contribuindo com a ampliação da resolutividade da Atenção Básica.

O Ministério da Saúde tem apontado como prioridade a expansão e qualificação da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família, bem como tem investido na formulação e implementação de políticas neste sentido. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (2007), a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006), o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (2008) são exemplos de políticas coerentes com esta macro-prioridade. Existe, portanto, um grande esforço na

construção de modelos de atenção à saúde que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos.

Apesar deste esforço, o SUS tem inúmeros desafios a enfrentar para consolidar seus princípios e avançar como política pública universal e equânime, acessível e resolutiva. Entre eles, podemos destacar a questão do financiamento insuficiente do setor saúde, a não-priorização efetiva dos investimentos na Atenção Básica, a precarização do trabalho em muitos lugares, os modos de se produzir a atenção e gestão.

Como? Por onde? Que tensões e possibilidades podemos criar?

Sendo tantos os desafios, como transformar as práticas que desenvolvemos? Como diminuir a fragmentação e lidar com as pessoas em sofrimento ou portadoras de necessidades em vez de só tratar da doença? Como diminuir a assimetria de poderes/saberes entre os profissionais e trabalhar em equipe? Como incluir os “usuários” como sujeitos de suas próprias vidas, portadores de saberes, de possibilidades? Como trabalhar na Atenção Básica para atender às demandas/necessidades da comunidade levando em conta também os interesses dos trabalhadores da saúde e dos gestores? Como lidar com os anseios e desejos de cada um destes atores que se comunicam, trocam experiências e buscam por respostas continuamente?

Uma das apostas que a Política Nacional de Humanização faz, a partir de experiências concretas, é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários (Teixeira, 2005). Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, de uma visita à casa de uma determinada família, da realização de um grupo ou uma oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local de Saúde, uma roda de conversa temática, etc. É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir co-responsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um.

A Política Nacional de Humanização aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde - alguns “arranjos” - facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Aponta algumas diretrizes a serem colocadas como nossa “utopia”, que estarão sempre por serem alcançadas, nunca prontas, sempre mais à frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Co-gestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde.

Para a prática de uma Clínica Ampliada, é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica. Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será

terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia - modo de “andar” a própria vida - sejam alcançados.

Várias estratégias podem ser adotadas pela equipe de Atenção Básica para favorecer a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade. Seguem alguns exemplos:

- Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Isto pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no “encontro” com pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros;
- Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial - atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade, e não por ordem de chegada;
- Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado;
- Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias;
- Considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras;
- Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.);
- Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/ especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local;
- Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário;
- Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que estes gerem informação útil no sentido de apoiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhá-los com a população. Por exemplo: cobertura vacinal, cobertura de aleitamento materno, mortalidade materna e infantil, início precoce do pré-natal, número de casos de doenças transmissíveis, etc.

Essas estratégias de organização do serviço potencializam a construção de vínculos a partir da prioridade de casos singulares, em que parte da agenda da equipe é definida pelo acompanhamento de famílias e pessoas ao longo do tempo e outra parte é definida pelos imprevistos, pelas pessoas que chegam com alguma demanda e pelos projetos de saúde coletiva construídos com a comunidade. Dentro desses imprevistos, é fundamental que a Atenção Básica se responsabilize pelo acolhimento e cuidado aos

usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados, cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção.

Uma pessoa cadastrada/acompanhada em uma unidade de saúde da Atenção Básica que tem hipertensão arterial, por exemplo, quando acometida por uma crise hipertensiva, deve ser atendida inicialmente pela equipe desta unidade, que conhece sua história pregressa e atual, faz seu acompanhamento ao longo do tempo, tem seu prontuário, etc. Se o caso demandar ações realizadas por outros serviços, é desejável que se faça esta avaliação e a classificação de risco e se iniciem as intervenções necessárias com os recursos que a unidade tem para então compartilhar a atenção com outro serviço, sem abrir mão da responsabilidade pela continuidade do seguimento.

Quando, nestas circunstâncias, o usuário tem apenas a unidade de emergência como possibilidade de acesso - por falta de vagas na agenda da equipe de Atenção Básica ou por outros fatores - será atendido por uma equipe que não o conhece: nem a sua história e nem a proposta terapêutica adotada. Nestes serviços, freqüentemente, é feita nova prescrição, que nem sempre coincide com os medicamentos disponíveis na rede, por exemplo.

É necessário, portanto, aumentar a capacidade de resposta da equipe de Atenção Básica incorporando tecnologias simples, porém resolutivas, como sala de observação ou para hidratação, sutura, medicação injetável, etc,

Também é necessário que se amplie a interação entre os diferentes serviços quando for necessário compartilhar o atendimento da mesma pessoa, definindo as responsabilidades de cada um e a coordenação do caso clínico. No processo de construção de vínculos, responsabilização e resolutividade da Atenção Básica são muitos os desafios encontrados, que podem ser impulsionadores de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito saúde-doença, de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, ajudando-os a encontrar maneiras singulares de produzir saúde, enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano.

Um caso concreto

A Política Nacional de Humanização, como política transversal que aposta na construção coletiva para mudar a realidade, vem propondo caminhos a partir de experiências concretas de um SUS que dá certo. Convidamos você a discutir os dispositivos e o modo de fazer da Política Nacional de Humanização a partir de uma situação freqüente no cotidiano dos serviços de saúde.

O caso que narraremos a seguir foi vivenciado por uma equipe de Saúde da Família e pela equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde Paranapanema, do Distrito Sul de Campinas (SP). Ele é narrado conforme a percepção de um destes atores. A história ocorreu no contexto de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, quando muitos profissionais se re encantaram com a inclusão dos agentes comunitários de saúde, com a reorganização do processo de trabalho e as produções coletivas que puderam ser inventadas.

O Sr. Anésio, de 74 anos, era muito conhecido pela equipe de Saúde da Família. Sempre comparecia à unidade com suas queixas, provocando uma sensação de impotência na

equipe: estava medicado com as drogas usualmente prescritas, sua pressão arterial estava controlada, mas o quadro depressivo vinha se mantendo inalterado. A equipe não sabia mais o que fazer.

Um dia a equipe resolveu “pôr o caso na roda” e chamou uma psicóloga para apoiar a discussão. O grupo percebeu que o Sr. Anésio demandava atenção freqüente e que os medicamentos não estavam dando conta de suas necessidades.

Um Agente Comunitário de Saúde lembrou que o Sr. Anésio se sentia muito só. Alguém sugeriu uma visita à casa dele, na expectativa de que este encontro pudesse dar novas pistas ao seu seguimento.

Na visita domiciliar, o grupo visitante percebeu que o Sr. Anésio sentia mesmo muita solidão. Descobriu também que ele havia sido marceneiro durante muitos anos e que tinha muita habilidade com a madeira. Quando contava suas histórias, quando mostrava sua obra, seus olhos brilhavam muito. Havia vida latente ali.

As pessoas que participaram da visita voltaram com outra visão sobre o “cidadão Anésio”. Chamaram os outros da equipe, a psicóloga da saúde mental, e compartilharam o que sentiram. Na conversa, uma possibilidade apareceu: “Estamos num bairro onde há tantos adolescentes vagando por aí sem ocupação, com poucas atividades. Será que o Sr. Anésio toparia ensinar o que sabe a alguns meninos? Será que alguns meninos topariam aprender marcenaria?”

O Sr. Anésio topou, alguns meninos toparam e a idéia se concretizou. A varandinha da casa do Sr. Anésio foi transformada numa escola-marcenaria, cheia de barulho e vida. E o Sr. Anésio foi melhorando: as queixas diminuíram, as visitas à Unidade Básica de Saúde já não se repetiam tanto quanto antes. A equipe concluiu com o Sr. Anésio que ele precisava muito de convivência com outras pessoas. Sentir-se útil, produtivo, incluído na sua comunidade, contribuindo com ela de alguma maneira. Ele tinha conseguido re-significar sua vida naquele momento.

Gradativamente, a oficina cresceu: os Agentes Comunitários de Saúde ajudaram a arranjar ferramentas e sucata de madeira. Um usuário doou o maquinário de uma oficina de carpintaria.

Em outra reunião da equipe, o caso foi compartilhado e as pessoas perceberam que deviam existir muitos “Anésios” na comunidade. Pessoas solitárias, algumas usando antidepressivos, freqüentando bastante a unidade, com muita vida latente e, talvez, saberes que também pudessem ser compartilhados com outros. A partir de então, iniciaram um mapeamento de potencialidades naquele que parecia um território tão-somente problemático. E descobriram muitas, muitas pessoas que sabiam diferentes coisas e tinham o desejo de conviver com outros, de compartilhar seus saberes, de se integrar a diferentes fazeres. E agora, o que fazer? A equipe da Unidade Básica de Saúde conseguiria contribuir nestas articulações com a comunidade?

A equipe, com o mapeamento que fez, percebeu muitas potencialidades e resolveu buscar apoios externos à unidade para viabilizar novas ações. Acionaram o Conselho Gestor Local e organizaram várias frentes de trabalho. Foram ao Distrito de Saúde, ao serviço de Saúde Mental, às escolas, às secretarias de Cultura, de Obras, de Desenvolvimento Social. Visitaram também entidades da comunidade (grupos de jovens, de mulheres, times de futebol, associações de bairro, etc.), sempre buscando estabelecer conexões, ampliar a rede.

O esforço foi grande. Foi difícil alugar uma casa para desenvolver uma parte das atividades. Dentro da própria equipe de saúde havia resistências: muitos não compreendiam que a Unidade Básica de Saúde poderia se ocupar de outras ações além das tradicionais consultas, vacinas, curativos, etc.

Enfrentados alguns destes problemas, foi possível alugar um espaço e nasceu o Portal das Artes. No espaço, foram organizadas várias atividades: além da marcenaria, vieram cursos de artesanato, de línguas, atividades lúdicas, de relaxamento, musicais, etc. O lugar passou também a servir de ponto de articulação para outras atividades no território, como organização de partidas de futebol. Vários profissionais de saúde das unidades próximas passaram a realizar no Portal das Artes atividades distintas daquelas que faziam no cotidiano da Unidade Básica de Saúde, sentindo mais prazer no seu trabalho. A maioria das atividades era realizada por usuários-professores para usuários-aprendizes.

Dessa maneira, o Portal das Artes virou de fato um “portal”, dando passagem a outro modo de olhar e cuidar das pessoas portadoras de sofrimento, apostando na potência de cada um. A iniciativa abriu espaço para que os trabalhadores da saúde pudessem, também, fazer o que gostavam, além de entrar nas relações profissionais de uma maneira mais afetiva.

Fato comum nas Unidades Básicas de Saúde, os trabalhadores que foram personagens deste caso perceberam que chegaram ao limite: que tudo foi realizado, proposto e o problema de saúde do usuário não foi resolvido. Cada um já tinha feito o que era possível fazer. Mas... e se fizessem juntos?

Ter espaço para compartilhar os incômodos e potencialidades pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo. A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Na reunião de equipe, pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e, principalmente, utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a ser compartilhadas com a comunidade.

O modo de gestão da Política Nacional de Humanização é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e co-avaliação - em uma palavra: a co-gestão. A idéia de que a gestão é uma tarefa coletiva, e não somente uma atribuição de especialistas ou detentores de “cargos”, nos leva à conclusão de que a reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Esta atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores.

Quem está na Atenção Básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num outro tipo de serviço ou é de uma área especializada do conhecimento. A equipe tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento para esta população. O especialista tem, no geral, uma outra abordagem. Assim, estes distintos profissionais

e serviços podem promover discussões ricas e produtivas para a construção de projetos terapêuticos para os usuários e comunidade. Ao lado disso, este processo contribui para aumentar a autonomia das equipes e dos trabalhadores, produzindo trocas de saberes que os qualificam. Esta aproximação pode também evitar encaminhamentos desnecessários e facilitar/ qualificar o processo de contra-referência, ao estimular contato direto entre referência e apoio, entre generalista e especialista.

À constituição de rede de especialistas que apóiam o trabalho de Equipes de Atenção Básica damos o nome de Apoio Matricial, que possui duas dimensões: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. À medida que as equipes de um serviço se vinculam a outras que lhe dão apoio, conseguem produzir deslocamentos de saberes para todos os implicados, aumentando o grau de resolutividade dos serviços. Ganham os generalistas e ganham os especialistas, já que são portadores de distintos saberes pelos lugares que ocupam. Esta troca, além de enriquecedora para os profissionais de saúde, costuma ser impactante para a atenção ao usuário, favorecendo a responsabilização e o vínculo.

O exercício da clínica é muito mais do que diagnosticar doenças, pois as pessoas não se limitam aos agravos a sua saúde. Existem, portanto, limites numa prática clínica centrada na doença, pois esta leva à suposição de que basta o diagnóstico para definir o tratamento, a resolução das queixas relatadas ou não expressadas ou os sinais que o usuário apresenta. Para que se realize uma Clínica Ampliada, adequada à vivência de cada indivíduo diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular. Considerar, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos (construir um projeto terapêutico) mais resolutivo e contar com a participação das pessoas envolvidas.

É comum encontrar nos serviços de saúde usuários com foco excessivo na doença e que às vezes se tornam conhecidos como “poliqueixosos” (sempre com muitas queixas): a doença, sua vulnerabilidade ou o risco tornam-se o centro de suas vidas. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde acolha as demandas e apóie os usuários para desenvolver a capacidade não só de combater as doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver outras dimensões da vida, desenvolver a capacidade de “inventar-se” e reinventar novas saídas apesar da doença, reconhecendo o que se tem de potência.

Quando o atendimento do profissional de saúde se dá no domicílio (visita) é interessante que este ato da entrada no espaço particular daquela pessoa/família - com sua história, seus valores, suas crenças, seus hábitos - possa ser uma oportunidade especial para o maior conhecimento desta pessoa/família, para o estreitamento das relações, para a identificação dos modos de “andar” a vida daquelas pessoas, com suas facilidades e dificuldades, buscando ampliar o diálogo entre profissionais e estas pessoas. Mesmo quando se trabalha com questionários e/ou roteiros para ações específicas - numa ação de controle de *Aedes aegypti*, por exemplo - é possível uma proximidade para além da rotina instituída ou de uma conduta meramente burocrática.

Nas Unidades Básicas de Saúde, parte dos problemas que os usuários relatam não se encaixa num diagnóstico biomédico - não tendo, portanto, sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de “sintomas vagos e difusos”, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anátomo-patológico

correspondente. Estas pessoas precisam de uma abordagem que identifique este sofrimento e que propicie a construção de um Projeto Terapêutico Singular para aquela situação de vida e de saúde específicas.

O encontro entre usuário e profissional, uma escuta qualificada, faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação a dietas, uso de medicamentos, exercícios, etc. Frequentemente não se leva em conta o desejo, o interesse ou a compreensão das pessoas. Pouco se considera, também, a possibilidade concreta que têm os usuários para seguir a prescrição, se assim lhes interessar e desejar (condição financeira, situação de vida, de trabalho, familiar, etc). É por isso que é necessário trabalhar com a idéia de ofertas e não apenas com restrições resultantes dos problemas de saúde, ou seja, ofertar algumas possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se co-responsabilizar com os resultados.

A relação de vínculo terapêutico na Atenção Básica, que pode se construir no tempo, com o seguimento dos casos, pode facilitar a identificação de objetos de investimento - coisas/situações que dão prazer, estimulam re-criação da vida, potencialidades - que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença.

Uma pessoa pode ser idosa, portadora de hipertensão arterial, ter artrose, dificuldades econômicas e ainda assim ter potência, mesmo que latente, para re-significar sua vida. Isto a define como singular: igual a alguns, em uma certa medida, mas, diferente de todas as outras pessoas idosas que também são portadoras de hipertensão arterial, de artrose, etc. Cada um enfrenta singularmente os desafios e mobiliza também de modo singular sua capacidade de convivência e de superação dos problemas de saúde. Desta maneira, uma abordagem co-construída no sofrimento e apesar dele pode gerar transformações que signifiquem graus crescentes de autonomia para esta pessoa e sua rede social.

O sucesso e a viabilidade do SUS dependem de uma rede de produção de saúde com capacidade para resolver problemas. Que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas. Essa é uma aposta da Política Nacional de Humanização na ampliação do objetivo das ações da Atenção Básica: produzir saúde é fazer promoção, prevenção, cura e reabilitação. É fazer clínica e saúde coletiva compartilhadas entre sujeitos. É produzir sujeitos, trabalhadores e usuários com mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas.

Não há como falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos nas suas vidas concretas. Assim, falar em território/ambiente saudável somente pode se dar em referência a pessoas reais. Somente pode ser pensado se inserirmos a saúde das pessoas que vivem nestes espaços.

As ações coletivas vêm apresentando um enorme potencial de transformação na prática das equipes de Atenção Básica quando se supera o velho modelo verticalizado, onde o profissional de saúde dá aula sobre temas variados e os usuários assistem desinteressadamente como “moeda de troca” para poder receber a sua medicação mensal, por exemplo.

A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva. Essas afetações produzidas nas conversações entre pessoas facilitam ou dificultam a criação de vínculo. É produtivo

construir com os usuários rodas de conversa onde exercitamos a lateralidade: conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Propiciar espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo. Saber de suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas - de saúde ou não. Esclarecer dúvidas, lidar com o inesperado das perguntas. Estando ali no limite de cada um, onde as trocas acontecem, incentivando práticas que estimulam o conviver, seja nas rodas, nas caminhadas, nas atividades lúdicas, etc.

A equipe da Unidade Básica de Saúde, ao identificar outros espaços para desenvolver suas ações com as pessoas, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade. Também amplia as possibilidades de o SUS atuar com outras políticas públicas e com as organizações da comunidade.

Ampliar gradativamente a participação nos processos de decisão é apostar na possibilidade de ampliar a motivação, a auto-estima, a capacidade reflexiva e inventiva de cada trabalhador, gestor e usuário na construção de cidadania.

Este é apenas um exemplo com começo, meio e... continuidade. Cada território, cada equipe, cada população usuária tem suas especificidades e suas possibilidades de se reinventar.

O convite está feito!

Está feito o convite para reinventar as formas de ser e fazer saúde, de promover a vida, tratar as doenças, reabilitar as pessoas, incluir as diferenças, aproveitar oportunidades, ser feliz e fazer feliz - porque não há felicidade sozinho, a gente existe no encontro com o outro. Está feito o convite para, na busca incessante deste re-encantamento com o SUS concreto, colocar em questão os processos de trabalho em cada local, com as pessoas encarnadas que ali vivem, aquelas que podem disparar movimentos transformadores da realidade.

Estamos convidando você que hoje é gestor, mas que é trabalhador e usuário do Sistema Único de Saúde; estamos convidando você que é usuário e amanhã pode ser gestor ou trabalhador da saúde; estamos convidando você que é trabalhador/usuário/gestor do seu próprio trabalho a ampliar a participação nos processos de decisão, a descobrir possibilidades que os motivem, aumentem a auto-estima, a capacidade reflexiva e inventiva de cada um na construção da cidadania. Estamos convidando a todos e a cada um para fazer a diferença na produção de um Sistema Único de Saúde para todo brasileiro e para qualquer um. Um SUS possível!

Referências Bibliográficas

Benevides, R. & Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 561-571, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª edição. Brasília, Ministério da Saúde,

2006.

_____. Ministério da Saúde. *Ambiência*. 2ª edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2ª edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 4ª edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Série Pactos pela Saúde, volume 1 - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Série Pactos pela Saúde, volume 4 - Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Série Pactos pela Saúde, volume 7 - Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Campos, G.W.S. *Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2), pp 393-404, 1999.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003.

_____. *Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: *Tratado de Saúde Coletiva*, 53-92.. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 2006.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000.

Campos, G.W.S. & Domitti, A.C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.23 (2).

Castro, A. & Malo, M. (org) *SUS - ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006.

Chacra, FC. *Vulnerabilidade e Resiliência: repensando a assistência integral à saúde da pessoa e da família*. Campinas, 2000.

Chacra, FC. *Uma clínica ampliada para atender famílias*. Campinas.

Cunha, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Hucitec, 2005.

Furtado, J.P. *Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões*. Botucatu, *Interface-Comunic, saúde,educ,v.11 (22): 9-25*, 2007.

Maturana, H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 4ª reimpressão, 2005.

Merhy, E.E. & Onocko, R. (org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997.

Mendes, V.L.F. *Uma clínica no Coletivo*. São Paulo, Hucitec, 2007.

Oliveira, G.N. O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. São Paulo, Hucitec, 2008

Onocko Campos, R. & Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Tratado de Saúde Coletiva, 669-688. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec e Fiocruz, 2006.

Pasche ,D.F. & Cruz, I.B.M. (org) A saúde coletiva - diálogos contemporâneos. Ijuí, Editora Unijuí, 2006.

Sluski,C.E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2ª edição, 2003.

Teixeira, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.3, 2005.

_____As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. (working-paper). In: Research Conference on: rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies, University of California-San Diego, 2004b. Disponível em: www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm

_____O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA

Por que precisamos de Clínica Ampliada?

Existem dois aspectos importantes para responder a esta pergunta.

O primeiro é que, dentre as muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podemos distinguir três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas; no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente.

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

No plano hospitalar, a fragilidade causada pela doença, pelo afastamento do ambiente familiar, requer uma atenção ainda maior da equipe ao usuário. O funcionamento das Equipes de Referência possibilita essa atenção com uma responsabilização direta dos profissionais na atenção e construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular.

Do mesmo modo, no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada.

Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar também com conflitos. Os instrumentos aqui propostos - Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares - têm-se mostrado como dispositivos resolutivos quer seja no âmbito da atenção como no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde.

O que é Clínica Ampliada?

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso.

Todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias (danos), os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença.

É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade. Mas esta universalidade é verdadeira apenas em parte. Isso pode levar à suposição de que sempre bastaria o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado, “Cada caso é um caso”, e esta consideração pode mudar, ao menos em parte, a conduta dos profissionais de saúde.

Por exemplo: se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição, em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.

Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda “excessiva”, algo que violentaria o seu “verdadeiro” papel profissional. A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário: busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isto, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença

Busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas

A complexidade da clínica em alguns momentos provoca sensação de desamparo no profissional que não sabe como lidar com essa complexidade.

O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que freqüentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”

As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional (ou especialidade) seja bem delimitado.

As organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional.

Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho.

A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial (ver adiante nesta cartilha) contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.

4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

Os instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.

5. Suporte para os profissionais de saúde

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora - ainda que falsamente protetora - porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou

um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer.

É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação.

A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento” que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disto, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (Projeto Terapêutico Singular) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade - por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental.

As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc.

A seguir, veremos algumas situações concretas.

Caso 1

Um serviço de hematologia percebeu que, mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não melhoraria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, tinha poucas opções de trabalho.

O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Era necessário criar novas opções de trabalho para esses usuários do serviço, uma vez que, apenas com o tratamento convencional, não seria possível obter resultados satisfatórios. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com a idéia de oferecer cursos para os usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida.

O serviço buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença. Além disto, ao perceber que as conseqüências atuais da doença tinham determinantes culturais, sociais e econômicos muito relevantes, criou ações práticas para atuar neste âmbito: iniciou conversas na cidade com movimentos sociais diretamente interessados no tema, buscando atuar junto com estes movimentos, com o poder público municipal e com outros serviços de saúde.

O serviço de saúde “abriu a roda” (método da inclusão) para que problemas e soluções em relação à anemia falciforme pudessem ser mais coletivos. Houve uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença e uma ação em direção ao compartilhamento desta compreensão. O objeto de trabalho do serviço de saúde se ampliou. Buscou

diagnosticar não somente os limites e problemas, mas também as potencialidades dos usuários doentes e da comunidade.

A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados.

Caso 2

O compositor Tom Jobim certa vez foi perguntado porque havia se tornado músico. Bem-humorado, ele respondeu que foi porque tinha asma. “Como assim?”, perguntou o entrevistador. “Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar”, explicou-lhe o músico. “Como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano”.

O exemplo de Tom Jobim mostra que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença. É muito comum, nos serviços ambulatoriais, que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabem levando usuários a tornarem-se conhecidos como “poliqueixosos” (com muitas queixas), pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Caso 3

Ao olhar o nome no prontuário da próxima paciente que chamaria, veio-lhe à mente o rosto e a história de Andréia, jovem gestante que pedira “um encaixe” para uma consulta de “urgência”. Com 23 anos, ela estava na segunda gestação, porém não no segundo filho. Na primeira vez que engravidara, ela perdera a criança no sexto mês. Estela, obstetrix experiente, também fizera o pré-natal na primeira gestação e pôde acompanhar toda a frustração e tristeza da jovem após a perda.

Com o prontuário na mão, abriu a porta do consultório e procurou o rosto conhecido. Fez um gesto sutil com a cabeça acompanhado de um sorriso, pensando ou dizendo de forma inaudível: “Vamos?”.

Mal fechou a porta e já ouviu Andréia dizer, contendo um choro: “Ele não está se mexendo”. Quase escapou de sua boca uma ordem para que ela se deitasse imediatamente para auscultar o coração do bebê com o sonar. Olhou nos olhos de Andréia e, tendo uma súbita certeza do que estava acontecendo, disse: “Vamos deitar um pouco na maca?”.

Enquanto a ajudava a deitar-se, ainda olhou para o sonar, confirmando a convicção de que não o usaria... pelo menos não ainda.

Andréia se surpreendeu quando ela disse: “Feche os olhos e respire fundo”. Pegou a mão fria de Andréia, apertou entre as suas e colocou-a sob a sua mão, ambas sobre a barriga. Respirou fundo e procurou se colocar numa postura totalmente atenta, concentrando-se no instante. Agora eram ali duas mulheres, reinventando o antigo compromisso de solidariedade e sabedoria feminina para partejar a vida. Quanto tempo se passou? Não saberia dizer. O suficiente para que ele começasse a se mexer com movimentos fortes e vigorosos dentro da barriga, sacudindo as mãos das mulheres e derrubando lágrimas da mãe.

O que aconteceu foi que Estela pôde mediar uma “conexão”, possibilitar uma vivência que estabeleceu uma conversa silenciosa entre mãe e filho e permitiu a Andréia aprender a conhecer e utilizar a sua própria força e lidar com o medo ao atravessar o “aniversário” de uma perda.

Algumas sugestões práticas

A escuta

Significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida - as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo a depender do tipo de serviço de saúde, mas é possível escolher quem precisa mais e é possível temperar os encontros clínicos com estas “frestas de vida”.

Vínculo e afetos

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem uma experiência ruim com a polícia não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito que tem esta profissão. Não significa, de antemão, uma relação melhor ou pior, mas é necessário aprender a prestar atenção a estas sensações às vezes evidentes, mas muitas vezes sutis. Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

Nesse processo, a Equipe de Referência é muito importante, porque a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares é singular, permitindo que as

possibilidades de ajudar o sujeito doente se multipliquem. Sem esquecer que, dentro da própria equipe, estes sentimentos inconscientes também podem ser importantes na relação entre os profissionais da equipe.

Muito ajuda quem não atrapalha

Infelizmente, o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Entretanto, ocorre com relativa frequência o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem esses medicamentos do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles trazem riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios. A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. Os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na Clínica Ampliada para diminuir o número de doenças causadas por tratamento inadequado e para não iludir as pessoas.

Culpa e medo não são bons aliados da Clínica Ampliada

Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando percebe que o usuário não obedeceu às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso que não é bom para ninguém.

A culpa paralisa, gera resistência, além de poder humilhar. É mais produtivo tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário e com a qual ele se responsabilize.

O fracasso e o sucesso, dessa forma, dependerão tanto do usuário quanto da equipe e a proposta poderá ser mudada sempre que necessário.

Mudar hábitos de vida nem sempre é fácil, mas pode se constituir numa oferta positiva para viver experiências novas e não significar somente uma restrição. Atividade física e mudanças alimentares podem ser prazerosas descobertas. Mas atenção: não existe só um jeito saudável de viver a vida.

Diálogo e informação são boas ferramentas

Se o que queremos é ajudar o usuário a viver melhor, e não a torná-lo submisso à nossa proposta, não façamos das perguntas sobre a doença o centro de nossos encontros. Não começar pelas perguntas tão “batidas” (comeu, não comeu, tomou o remédio, etc.) ou

infantilizantes (“Comportou-se?”) é fundamental para abrir outras possibilidades de diálogo.

Outro cuidado é com a linguagem da equipe com o usuário. Habituar-se a perguntar como foi entendido o que dissemos ajuda muito. Também é importante entender sua opinião sobre as causas da doença. É comum que doenças crônicas apareçam após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisão na família. Ao ouvir as associações causais, a equipe poderá lidar melhor com uma piora em situações similares, ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise.

As pessoas não são iguais e reagem diferentemente aos eventos vividos. Além de interesses, existem forças internas, como os desejos (uma comida especial, uma atividade importante) e também forças externas - a cultura, por exemplo - que influenciam sobre o modo de viver. Apresentar os possíveis riscos é necessário, de modo que o usuário possa discuti-los e negociar com a equipe os caminhos a seguir.

Doença não pode ser a única preocupação da vida

Muitas doenças têm início em situações difíceis, como processos de luto, desemprego, prisão de parente, etc., e a persistência dessas situações pode agravá-las. É importante, nesses casos, que a equipe tenha uma boa capacidade de escuta e diálogo, já que parte da cura ou da melhora depende do sujeito aprender novas formas (menos danosas) de lidar com as situações agressivas.

A idéia de que todo sofrimento requer uma medicação é extremamente difundida, mas não deve seduzir uma equipe de saúde que aposte na capacidade de cada pessoa experimentar lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva.

Evitar a dependência de medicamentos é essencial. Aumentar o interesse e o gosto por outras coisas e novos projetos também é.

A vida é mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável. O processo de “medicalização da vida” faz diminuir a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos o centro da vida.

A medicação deve ser encarada como se fosse um pedido de tempo numa partida esportiva: permite uma respirada e uma reflexão para continuar o jogo. Mas o essencial é o jogo e não sua interrupção.

A clínica compartilhada na saúde coletiva

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde neste campo, mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica? Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?

A Política Nacional de Combate à AIDS pode nos ensinar alguma coisa sobre o assunto, na medida em que procura os movimentos sociais (sujeitos coletivos) como parceiros de

luta no combate à doença. As campanhas baseadas no medo foram substituídas há muito tempo por campanhas mais instrutivas e que apostam na vida e na autonomia das pessoas. Estas são, talvez, as principais características de ações de saúde coletiva ampliadas: buscar sujeitos coletivos como parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão. Este compromisso nos obriga a buscar as potências coletivas, evitar a culpabilização, estar atentos às relações de poder (macro e micro-políticas).

Equipe de Referência e Apoio Matricial

O conceito de Equipe de Referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão, esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (co-produção de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior co-responsabilização entre profissionais, equipe e usuários.

As Equipes de Referência e Apoio Matricial surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador. Nesse sentido, a proposta de Equipes de Referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. As equipes transdisciplinares devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe.

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário. Há muitas possibilidades de operacionalização de Apoio Matricial. Vamos destacar duas modalidades que tendem a carregar consigo toda a potência desse arranjo: o atendimento conjunto e a discussão de casos/formulação de Projetos Terapêuticos Singulares.

O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em co-produção. Realizar, em conjunto com o apoiador ou equipe de apoio matricial, uma consulta em consultório, na enfermaria, no pronto socorro, no domicílio, ou em outro espaço; coordenar um grupo; realizar um procedimento. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

A discussão de casos e formulação de Projetos Terapêuticos Singulares consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, seja de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de Apoio Matricial. Na Atenção Básica, geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos. Já em hospitais e serviços especializados, muitas vezes são feitos projetos terapêuticos singulares para todos os casos. A idéia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas.

Num serviço hospitalar, pode-se definir a Equipe de Referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. Por exemplo, um certo número de leitos em uma enfermaria a cargo de uma equipe. Esta mesma equipe pode ter profissionais que trabalhem como apoiadores, quando fazem uma “interconsulta” ou um procedimento em usuários que estão sob a responsabilidade de outra equipe. A diferença do apoio e da interconsulta tradicional é que o apoiador faz mais do que a interconsulta: ele deve negociar sua proposta com a equipe responsável. Ou seja, é de responsabilidade da Equipe de Referência entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir. Nessa proposta, não é possível transferir a responsabilidade dos “pedaços” do usuário por especialidades.

As unidades de urgência e emergência também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação. Estas equipes deverão encontrar formas de lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e tentando construir projetos terapêuticos. Durante o dia, é recomendável dispor de profissionais com contratos de diaristas para poder acompanhar os freqüentadores assíduos e os internados de forma mais eficaz e constituir, de fato, uma equipe multiprofissional. No entanto, mesmo quando há esta inserção horizontal de profissionais no serviço, é necessário trocar plantões. Estes momentos podem ser valorizados para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

As Equipes de Referência nas unidades de urgência deverão se responsabilizar pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas do hospital. Enquanto um usuário aguarda uma internação no “pronto-socorro”, ele deve ser considerado como de responsabilidade da Equipe de Referência da urgência, para evitar que o paciente fique abandonado no vácuo das unidades hospitalares.

Há também os contratos com as unidades externas do hospital: as equipes de atenção básica ou de um serviço de especialidade precisam saber - não somente por meio do usuário - que um paciente sob sua responsabilidade está usando assiduamente uma unidade de urgência ou apresentou uma complicação de um problema crônico. É preciso criar novas formas de comunicação na rede assistencial a partir do Apoio Matricial. Hospitais e serviços de especialidade estão em posição privilegiada do ponto de vista epidemiológico para perceber tendências sanitárias e dificuldades técnicas. O Apoio Matricial convida estes serviços a utilizar este privilégio com responsabilidade e competência pedagógica, assumindo um papel na qualificação e construção da rede assistencial.

Em relação à rede de especialidades, como funciona o princípio da Equipe de Referência? Da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter “dois usuários”: os seus usuários propriamente ditos e as Equipes de Referência da Atenção Básica, com a qual estes usuários serão compartilhados.

Um grande centro de especialidade pode ter várias equipes de referência locais. O “contrato de gestão” com o gestor local não pode ser mais apenas sobre o número de procedimentos, mas também sobre os resultados. Um centro de referência em oncologia, por exemplo, vai ter muitos usuários crônicos ou sob tratamento longo. Os seus resultados podem depender também da equipe local de Saúde da Família, da capacidade desta de lidar com a rede social necessária a um bom pós-operatório, ou do atendimento adequado de pequenas intercorrências. A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local, para trocar informações, orientar e planejar

conjuntamente o projeto terapêutico de usuários compartilhados que estão em situação mais grave.

Quem está na Atenção Básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num centro de referência. A equipe na Atenção Básica tem mais chance de conhecer a família a longo tempo, conhecer a situação afetiva, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidade terá uma visão mais focalizada na doença. Um especialista em cardiologia pode tanto discutir projetos terapêuticos de usuários crônicos compartilhados com as equipes locais como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando assim compartilhamentos desnecessários.

A proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode ser entendida como uma proposta de Apoio Matricial. Se o contrato do profissional de nutrição, por exemplo, não for de Apoio Matricial, sua ação em consultas individuais será segmentada e ele não dará conta da demanda. Por outro lado, se ele aprender a fazer o apoio, poderá compartilhar os seus saberes para que as equipes na Atenção Básica, sob sua responsabilidade, sejam capazes de resolver os problemas mais comuns. Este nutricionista participaria das reuniões com as equipes para fazer projetos terapêuticos singulares nos casos mais complicados, ou faria atendimentos conjuntos, como referidos acima. A atenção individual pode ocorrer, mas não deve se configurar na principal atividade do nutricionista. Evidentemente, para que isso aconteça, o profissional que faz apoio deve adquirir novas competências pedagógicas e o contrato com o gestor deve ser muito claro.

A proposta de Equipe de Referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque, se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes “recortam” os pacientes em partes ou patologias, as Equipes de Referência são uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os

diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.).

O Projeto Terapêutico Singular contém quatro movimentos:

- 1) Definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A equipe deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele, procurando não só os problemas, mas as potencialidades. É importante lembrar de verificar se todos na equipe compartilham das principais hipóteses diagnósticas, e sempre que possível aprofundar as explicações (por que tal hipótese ou fato ocorreu?).
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do Projeto Terapêutico Singular é a escolha de um profissional de referência. Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. Procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico Singular. Aquele que a família procura quando sente necessidade. O que aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante. Articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do Projeto Terapêutico Singular. Pode ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. É simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:
 - a) A escolha dos casos para reuniões de Projeto Terapêutico Singular: na Atenção Básica a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão). Na atenção hospitalar e centros de especialidades, provavelmente todos os pacientes precisam de um Projeto Terapêutico Singular.
 - b) As reuniões para discussão de Projeto Terapêutico Singular: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do Projeto Terapêutico Singular é o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo além do núcleo profissional.

Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do Projeto Terapêutico Singular. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um Projeto Terapêutico Singular frente à equipe.

- c) Tem sido importante para muitas equipes na Atenção Básica e centros de especialidades reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do Projeto Terapêutico Singular. Em hospitais, as reuniões geralmente têm que ser diárias.
- d) O tempo de um Projeto Terapêutico Singular: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão Projetos Terapêuticos Singulares com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.
- e) Projeto Terapêutico Singular e Mudança: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave. Se esta participação do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados.

Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja, de usuários em que existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O Projeto Terapêutico Singular, nesses casos, pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não-envolvimento” compromete as ações de cuidado e adocece trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar

com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe - ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

Diante dessa tendência, é importante no Projeto Terapêutico Singular uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. A herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), experimentando a proposta de que o sujeito é construção permanente e que pode produzir “margens de manobra”, deve ser incorporada na Clínica Ampliada e no Projeto Terapêutico Singular. À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do Projeto Terapêutico Singular, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas cuidadosamente pela equipe para evitar atropelamentos. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.

Uma anamnese para a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada sujeito acometido por uma doença de forma diferente da tradicional. Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião de Projeto Terapêutico Singular pode não acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as idéias e as palavras do usuário. Exceto quando ocorra alguma urgência ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas e muito menos duvidar dos fatos que a teoria não explica (“Só dói quando chove”, por exemplo). Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, esta anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas.

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia. A partir da anamnese ampliada, o tema da intervenção ganha destaque. Quando a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma atitude “apostólica” ou infantilizante.

Propomos que não predomine nem a postura radicalmente “neutra”, que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem aquela, típica na prática biomédica, que pressupõe que o sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas. Outra função terapêutica da história clínica acontece quando o usuário é estimulado a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de um usuário que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento: com medo? Conformado? Agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isso é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento e não é incomum a produção de uma certa “esquizofrenia”, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde como se elas estivessem levando o carro ao mecânico: a doença e o corpo ficam dissociados da vida. Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento. O que chamamos de história “psi” em parte está misturado com o que chamamos de história clínica, mas aproveitamos recursos do campo da saúde mental para destacar aspectos que nos parecem essenciais:

- Procurar descobrir o sentido da doença para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial. Exemplo: por que você acha que adoeceu? É impressionante perceber as portas que essa pergunta abre na Clínica: ela ajuda a entender quais redes de causalidades o sujeito atribui ao seu adoecimento. Em doenças crônicas como a diabetes, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento mórbido, como um falecimento de familiar ou uma briga, as pioras no controle glicêmico estarão muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do sujeito acometido pela diabetes). Ao fazer esta pergunta, muitas vezes damos um passo no sentido de ajudar o sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.
- Procurar conhecer as singularidades do sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.
- Procurar perceber a chamada contra-transferência, ou seja, os sentimentos que o profissional desenvolve pelo usuário durante os encontros; procurar descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica. Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois sujeitos. O profissional está imerso nestas forças. Perceber a raiva, os incômodos, os rótulos utilizados (bêbado, poliqueixoso, etc.), ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também analisar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do usuário. O profissional pode desejar que o sujeito use preservativo e não se arrisque com DST ou uma gravidez indesejada; o sujeito pode

estar apaixonado. O profissional quer controlar a glicemia; o sujeito quer ser feliz. Enfim, é preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário, para produzir algum caminho comum.

- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia das pessoas e podem ou não ser extremamente terapêuticos. Só não podem ser ignorados.

- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.

- Fazer a “história de vida”, permitindo que se faça uma narrativa, é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Com a vantagem de que, se os fatos passados não mudam, as narrativas podem mudar, e isto pode fazer muita diferença. Como esta técnica demanda mais tempo, deve ser usada com mais critério. Muitas vezes, requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera. Várias técnicas de abordagem familiar, como o “ecomapa”, “rede social significativa” entre outras, podem enriquecer esta narrativa. O importante é que estes são momentos que possibilitam um auto-conhecimento e uma compreensão do momento vivido atualmente no contexto de vida de cada um. Então, muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, estamos falando de o usuário poder se reconhecer diante do problema de saúde, com a sua história. Por último, em relação à inserção social do Sujeito, acreditamos que as informações mais importantes já foram ao menos aventadas no decorrer das questões anteriores, visto que o usuário falou da sua vida. No entanto, nunca é demais lembrar que as questões relativas às condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda, etc.) ou da inserção do sujeito em instituições poderosas - religião, tráfico, trabalho - freqüentemente estão entre os determinantes principais dos problemas de saúde e sempre serão fundamentais para o projeto terapêutico.

A partir de todo este processo, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (coordenação). Geralmente, esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo.

A reunião de equipe

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão (CAMPOS, 2000) tem uma visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e

outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

Projeto Terapêutico Singular e gestão

As discussões para construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular são excelentes oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. Haverá uma alternância de relevâncias entre os diferentes trabalhos, de forma que, em cada momento, alguns membros da equipe estarão mais protagonistas e criativos do que outros (já que as necessidades de cada usuário variam no tempo). No decorrer do tempo, vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe. A percepção e o reconhecimento na equipe desta variação de importância é uma forma importante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um.

O espaço do Projeto Terapêutico Singular também é privilegiado para que a equipe construa a articulação dos diversos recursos de intervenção dos quais ela dispõe, ou seja, faça um cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros. Dessa forma, é um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento desses mesmos recursos (“Por que funcionou ou não funcionou esta ou aquela proposta?”).

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de Projeto Terapêutico Singular é o matriciamento com (outros) especialistas. Na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades - e esta é uma paradoxal condição de aprendizado e superação - ela pode pedir ajuda. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, este é, potencialmente, um excelente espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar. Este encontro é tanto mais fecundo quanto mais houver um contrato na rede assistencial de que haja Equipes de Referência e Apoio Matricial.

Para que as reuniões funcionem, é preciso construir um clima favorável ao diálogo, em que todos aprendam a falar e ouvir, inclusive críticas. O reconhecimento de limites, como dissemos, é fundamental para a invenção de possibilidades. Mas é preciso mais do que isso: é preciso que haja um clima de liberdade de pensar “o novo”. O peso da hierarquia, que tem respaldo não somente na organização, mas também nas valorizações sociais entre as diferentes corporações, pode impedir um diálogo real em que pensamentos e sentimentos possam ser livremente expressados.

Algumas questões disparadoras que as equipes de saúde podem utilizar para começar a praticar a formulação do Projeto Terapêutico Singular em grupo e a problematizar a sua relação com os usuários:

Quem são as pessoas envolvidas no caso?

- De onde vêm? Onde moram? Como moram? Como se organizam?
- O que elas acham do lugar que moram e da vida que têm?

- Como lidamos com esses modos de ver e de viver?

Qual a relação entre elas e delas com os profissionais da equipe?

De que forma o caso surgiu para a equipe?

Qual é e como vemos a situação envolvida no caso?

- Essa situação é problema para quem?
- Essa situação é problema de quem?
- Por que vejo essa situação como problema?
- Por que discutir esse problema e não outro?
- O que já foi feito pela equipe e por outros serviços nesse caso?
- O que a equipe tem feito com relação ao caso?
- Que estratégia/aposta/ênfase têm sido utilizadas para enfrentar o problema?
- Como este(s) usuário(s) tem/têm respondido a essas ações da equipe?
- Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)?
- O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)?
- Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?
- O que os outros serviços de saúde têm feito com relação ao caso? Como avaliamos essas ações?

A que riscos (individuais, políticos, sociais) acreditamos que essas pessoas estão expostas?

Que processos de vulnerabilidade essas pessoas estão vivenciando?

- O que influencia ou determina negativamente a situação (no sentido da produção de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas procuram superar essas questões?
- O que protege ou influencia positivamente a situação (no sentido da diminuição ou superação de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas buscam redes para ampliar essas possibilidades?
- Como os modos de organizar o serviço de saúde e as maneiras de agir da equipe podem estar aumentando ou diminuindo vulnerabilidades na relação com essas pessoas?

Que necessidades de saúde devem ser respondidas nesse caso?

O que os usuários consideram como suas necessidades?

Quais objetivos devem ser alcançados no Projeto Terapêutico Singular?

Quais objetivos os usuários querem alcançar?

Que hipóteses temos sobre como a problemática se explica e se soluciona?

Como o usuário imagina que seu “problema” será solucionado?

Que ações, responsáveis e prazos serão necessários no Projeto Terapêutico Singular?

Com quem e como iremos negociar e pactuar essas ações?

Como o usuário e sua família entendem essas ações?

Qual o papel do(s) usuário(s) no Projeto Terapêutico Singular?

O que ele(s) acha de assumir algumas ações?

Quem é o melhor profissional para assumir o papel de referência?

Quando provavelmente será preciso discutir ou reavaliar o Projeto Terapêutico Singular?

Referências Bibliográficas

ARANHA E SILVA A.L.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho 2005, 13(3):441-9.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-140.

CAMPBELL, S.M. et al. *Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study*. *BMJ* ; v.323: pg 784, 2001.

CAMPOS, G.W.S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec. 2000.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia* 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública* vol.14 nº 4. Rio de Janeiro: out/dez 1998, p.863-870.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.

CAMPOS, G.W.S Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.

CUNHA, G.T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

ILLICH, I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. 1ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

KLOETZEL, K. Raciocínio Clínico. In DUNCAN, B.B. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 2ª ed. Porto Alegre, 1996. Cap 1, p. 46-49.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2005.

OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico singular. In: Guerreiro AP; Campos, G.W.S. (orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008a.

OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec. 2008b.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W. S. *Saúde Paidéia* 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2003b.

PASSOS, Eduardo e BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e Biopolítica no Contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 16: 71-79. 2001.

PORTO, L.S. O Paciente Problema. In DUNCAN, B.B. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 2ª ed. Porto Alegre, 1996. Cap 7, p. 586-592.

REPORT NHS 2004. *Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS - The need for coordinated management programmes*. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance 2004.

ROSE, Geoffrey. *Sick individuals and sick populations*. Bull World Health Organ, 2001, vol.79, no.10, p.32-38. ISSN 0042-9686.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. 1ª ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. 1ª ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p 365.

STARFIELD, B. *Is US Health Really the Best in the World?* AM J MED. 2000;284:483-485.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. Influências da biomedicina na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n.177, 30p. Seminário de Cultura História e Política. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998.

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Acolhimento: postura e prática para um SUS humanizado

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos no trabalho em saúde: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde.

Participando do percurso de construção do SUS, alcançamos avanços que nos alegram, acompanhamos o surgimento de novas questões que demandam outras respostas, mas também vemos problemas e desafios que persistem, impondo a necessidade seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

A mudança das práticas de acolhida aos cidadãos-usuários e aos cidadãos-trabalhadores nos serviços de saúde é um destes desafios.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, elegemos os serviços de urgência como foco para este texto, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. É preciso, portanto, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local.

Pretendemos, neste texto, suscitar algumas reflexões, discutir conceitos e apontar caminhos para o desenvolvimento do acolhimento nos serviços de urgência. A experiência dos profissionais, dos gestores e dos usuários é muito importante para compor conosco estas páginas, que somente terão sentido à medida que enriquecidas e reinventadas pelas falas daqueles que apostam no aperfeiçoamento do SUS, que tornarão este escrito vivo nas discussões cotidianas da prática profissional.

Os sentidos do acolhimento nos serviços de urgência do SUS

A idéia de acolhimento já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer esta longa trajetória ao falar do acolhimento significa legitimar que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Estas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.

O processo de acolhimento deve, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: Clínica Ampliada, Co-gestão, Ambiência, Valorização do Trabalho em Saúde.

O que entendemos por acolhimento?

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (Novo Dicionário Aurélio, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2006).

Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida.

Estética no que diz respeito à invenção de estratégias, nas relações e encontros do dia-a-dia, que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade.

Queremos chamar a atenção, neste início de conversa, para a idéia de que o acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto, temos que admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas. O avanço de políticas com uma concepção de Estado mínimo, em sua reconfiguração da máquina estatal, tem produzido efeitos devastadores tanto no que se refere à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, que alijam grande parte da população da garantia das condições de existência, quanto no que se refere à mercantilização das relações entre sujeitos- transformadas, muitas vezes, em valor de troca. O acolhimento

como diretriz que se alinha aos princípios do SUS torna-se uma estratégia micro-política de afirmação de uma política pública universal e redistributiva.

Os processos de “anestesiamento” de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Essa forma de proceder, no entanto, nos mergulha no isolamento, entorpece nossa sensibilidade e enfraquece os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que nos constituem como seres humanos. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que constroem a eles como potência de afetar e ser afetados.

Podemos deste modo dizer que temos, como um dos nossos desafios, re-ativar nos encontros nossa capacidade de cuidar e de estar atentos para acolher, tendo como princípios norteadores:

- O coletivo como plano de produção da vida;
- O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e de invenção de modos de vida;
- A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de estarmos nos “verbos da vida” (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde, etc.).

Qual o sentido destas reflexões para as práticas de produção de saúde?

Temos visto que, apesar dos avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. O grande desafio a ser enfrentado por todos nós - trabalhadores da saúde, gestores e usuários - na construção e efetivação do SUS como política pública é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde e assegurados nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde.

É preciso restabelecer no cotidiano, por exemplo, o princípio da universalidade/eqüidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Quando falamos em acesso, é preciso entendê-lo em suas várias dimensões, quais sejam:

- Acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado);
- Acesso à qualidade da/na assistência (escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade);
- Acesso à continuidade do cuidado;
- Acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão-usuário e sua rede social);

- Acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia).

Isto deve ser implementado com a constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípio ético a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida. Essa construção requer, ainda, o envolvimento das três esferas de governo - municipal, estadual e federal - e a articulação entre os trabalhadores da saúde, os gestores, a sociedade civil e as instâncias de participação e de controle social do SUS em cada contexto. O acolhimento traz sua contribuição na medida em que incorpora a análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é um imperativo fundamental no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos práticas de co-responsabilidade e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de sujeitos.

O acolhimento como diretriz e dispositivo de interferência nos processos de trabalho

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e através dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário-rede social e profissional/ profissional através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Colocar em ação o acolhimento requer uma atitude de mudança que implica na análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS, com:

- Reconhecimento do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- Valorização e abertura para o encontro entre profissional de saúde, usuário e sua rede social como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- Reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;
- Elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado;
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão, de escuta, de trocas e de decisões coletivas. A equipe, neste processo, pode também garantir acolhimento para seus profissionais e para as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- Construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências de todos os níveis do sistema.

O funcionamento do acolhimento se multiplica em inúmeras outras ações, e traz a possibilidade de analisar:

- A adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;
- As formas de organização dos serviços e os processos de trabalho;
- A governabilidade das equipes locais;
- A humanização das relações em serviço;
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- O ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- A multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica. Vejamos como esta atitude se expressa num caso concreto:

Uma usuária indígena recorre a uma unidade de saúde por conta de um agudo mal-estar. Realizado o atendimento e o diagnóstico, é indicada uma cirurgia urgente, a ser realizada pelo umbigo (laparoscopia). Ao ser comunicada sobre o procedimento indicado, a usuária se recusa a realizar a cirurgia. Argumenta que não pode deixar que mexam no seu umbigo, pois este é “a fonte de onde brota a vida” e, se assim o fizesse, sua alma seria maculada. Diante da recusa e frente à urgência para a realização do procedimento, a equipe entra em contato com o cacique da tribo onde a usuária vive. Juntos, decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua tribo e

que, antes do procedimento, o pajé da tribo realizaria um ritual que garantiria a preservação de sua alma. Sua crença foi considerada pela equipe que, posteriormente, teve sucesso na realização da cirurgia.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, e para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução.

Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.

O Acolhimento com Classificação de Risco e as mudanças possíveis no trabalho nos serviços de urgência

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

Este tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Os profissionais, na maioria das vezes, encontram-se muito atarefados, mas não conseguem avaliar os seus processos de trabalho e interferir para mudá-los.

Esses funcionamentos demonstram a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de urgência vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano, focando a doença - e não o sujeito e suas necessidades - e repassando o problema para outro ao invés de assumir a responsabilidade por sua resolução.

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de

problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

Vejamos um exemplo:

A adolescente A.M. de 15 anos de idade, chega a uma unidade de saúde sozinha, andando, visivelmente angustiada. Diz estar com muita dor na barriga. A profissional que a recebe avalia que ela pode ficar na fila. Depois de 35 minutos esperando, A.M. volta à recepção e diz que a dor está aumentando, mas é reconduzida a esperar a sua vez na fila. Passados outros 15 minutos, A.M. cai no chão e é levada para o atendimento, em coma, por ter ingerido veneno para interromper uma gravidez indesejada.

O que a história de A.M. nos indica é a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de urgência, objetivando:

- A melhoria do acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- A mudança das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- A abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;
- A pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

É importante acentuar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; entretanto, nas “portas de entrada”, os serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Parece bastante coerente pensar que uma unidade de urgência se relaciona diretamente com todas as outras unidades de um hospital e que os processos de trabalho em um setor - como, por exemplo, uma enfermaria, ou mesmo uma Unidade de Terapia Intensiva - influirão diretamente nos processos do Pronto Socorro e inversamente. Por exemplo: os tempos de permanência nos setores de internação têm relação direta com o tempo de permanência no setor de urgência; uma resposta mais ou menos rápida de setores como Laboratório ou Setor de Imagens tem relação imediata com a resolutividade das Unidades de Urgência e Emergência.

Não é menos importante esta relação para fora do hospital. Desenvolver articulações com a Atenção Básica, Ambulatórios de Especialidade, Serviços de Atenção e Internação Domiciliar etc., promove uma re-inserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da Unidade de Urgência e Emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização.

A sustentação de uma rede loco-regional de Urgência e Emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micro-políticas.

O acolhimento e a ambiência nos serviços de urgência: reinventando os espaços e seus usos

A reinvenção dos espaços físicos e seus usos na urgência, orientada pelas diretrizes do Acolhimento e da Ambiência, nos convoca de imediato a lidar com alguns desafios tanto conceituais quanto metodológicos.

Um dos desafios é trabalhar essa reinvenção de modo a contribuir para a produção de saúde, compreendendo que a produção (reinvenção) de um espaço físico na saúde não se separa da produção de saúde e da produção de subjetividade. E que, nessa produção, se expressam regimes de sensibilidades onde, antes mesmo da realidade construída, há o processo de construção dessa realidade, da qual esses regimes fazem parte (como digo, como vejo, como uso).

É uma compreensão que aposta na composição de saberes para a co-produção dos espaços físicos, entendendo que o espaço não é dado a priori. O espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona. É um território que se experimenta, que se reinventa e que se produz. Uma produção do espaço que acontece porque há processos de trabalho, encontros entre as pessoas, modos de se viver e modos de ir reconstruindo o espaço. E nessa construção/reinvenção se destaca o

sentido estético da inovação criativa, produzida no processo coletivo e com protagonização dos sujeitos que o vivenciam (Pessatti, 2008).

Um destaque para a ambiência na urgência

A orientação da ambiência na urgência, articulada à diretriz do acolhimento, favorece que ao se intervir, criar e recriar os espaços físicos na urgência se problematizem também as práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço.

E nesse sentido, quando se tem o Acolhimento com Classificação de Risco como guia orientador para a atenção e gestão na urgência, outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos espaciais singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul.

Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

Os eixos e suas áreas

EIXO VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

a) **Área Vermelha:** é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;

b) **Área Amarela:** composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos). Hoje, na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala vermelha, criando dificuldades para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados;

c) **Área Verde:** composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.

Nas salas amarela e verde, além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere

questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação, etc., uma vez que o tempo de permanência do paciente nestas áreas é mais prolongado que na área vermelha.

Na sala vermelha, mesmo o paciente não permanecendo por um período prolongado, também é importante observar os elementos acima apontados, modificadores e qualificadores do espaço, de modo a propiciar um ambiente confortável e agradável para os trabalhadores, além da funcionalidade necessária à realização do trabalho.

É indispensável que o posto de enfermagem nestas salas possa propiciar uma visão ampla de todos os leitos e que áreas de apoio para os profissionais (conforto, copa, etc.) sejam planejadas na proximidade das áreas de trabalho. Questões relativas à privacidade e individualidade também devem ser observadas, pois repercutem positivamente no processo terapêutico do paciente. A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente e, muitas vezes, pode ser garantida com o uso de divisórias, cortinas ou outros elementos móveis que permitam tanto a integração e a facilidade de monitoramento pela equipe como momentos de privacidade dos pacientes e seus acompanhantes.

Lembremos, então, de uma diretriz importante para estas áreas: criar espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e a visita. É importante que usuários e visitantes não sejam recebidos por um portão gradeado e com horários de visita rígidos e restritos, mas que existam para eles recepção, lugares de espera e ambientes de escuta, para que possam aguardar com conforto e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes quando não for possível a presença deles junto ao leito. São também importantes espaços onde os pacientes possam receber visitas fora do leito e ter momentos de conversa que sejam diferentes daqueles que têm para falar com os médicos e demais profissionais responsáveis.

Não basta, portanto, garantir o direito ao acompanhante, mas é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los e acomodá-los, não só nas salas aqui referidas como amarela e verde, mas nos diversos ambientes das unidades, de maneira que possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música.

EIXO AZUL: É o eixo dos pacientes aparentemente não-graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco.

Esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização.

a) Plano 1: espaços para o acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores - equipes - e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, que pode ser produzido pelo uso de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes, entre outros exemplos possíveis.

Também devemos estar atentos para o fato de que, ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto os usuários como os trabalhadores deixam do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano,

sua cultura e seus desejos. Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se afirmem valores culturais da população usuária, sendo um dos modos possíveis a inclusão de trabalhos artísticos criados, elaborados, co-produzidos pela comunidade.

O tratamento das áreas externas, incluindo jardins e bancos, é bastante interessante já que, além da entrada, estas áreas constituem-se muitas vezes em lugares de espera, de descanso e de “estar”.

Recomenda-se também a utilização de mobiliários que sejam confortáveis e em número suficiente, dispostos de maneira a promover a interação entre os usuários. São sugeridos balcões baixos e sem grades, que não sejam intimidadores, possibilitando que o paciente seja atendido sentado, e que de alguma maneira permitam privacidade para o usuário que chega ali para falar do seu problema sem que os demais precisem ouvir. Não podemos esquecer também de equipamentos que permitam transmitir informações para o usuário em espera.

É também neste plano que está a sala (ou as salas) para Classificação de Risco, devendo cada uma delas ser ampla o suficiente para facilitar o processo de trabalho e manter fluxo fácil com consultórios e com a área vermelha.

b) Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente.

Para pensar o espaço nesse plano, é necessário levar em conta a existência ou não de “especialidades” e repensar os processos de trabalho, em especial a relação que se estabelece na equipe. No caso destes especialistas realizarem apoio aos clínicos, pediatras ou cirurgiões, é importante que a arquitetura contribua para esse funcionamento, ao se projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, ao invés de compartimentos com usos restritos e específicos que consolidam verdadeiros “feudos” nos espaços de saúde - a fragmentação do trabalho expressa na fragmentação do espaço.

c) Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe.

Neste plano, o acompanhante poderá estar presente em todos os momentos, sendo necessário prever espaços internos para espera tanto para eles quanto para os usuários que aguardam diagnósticos e reavaliações.

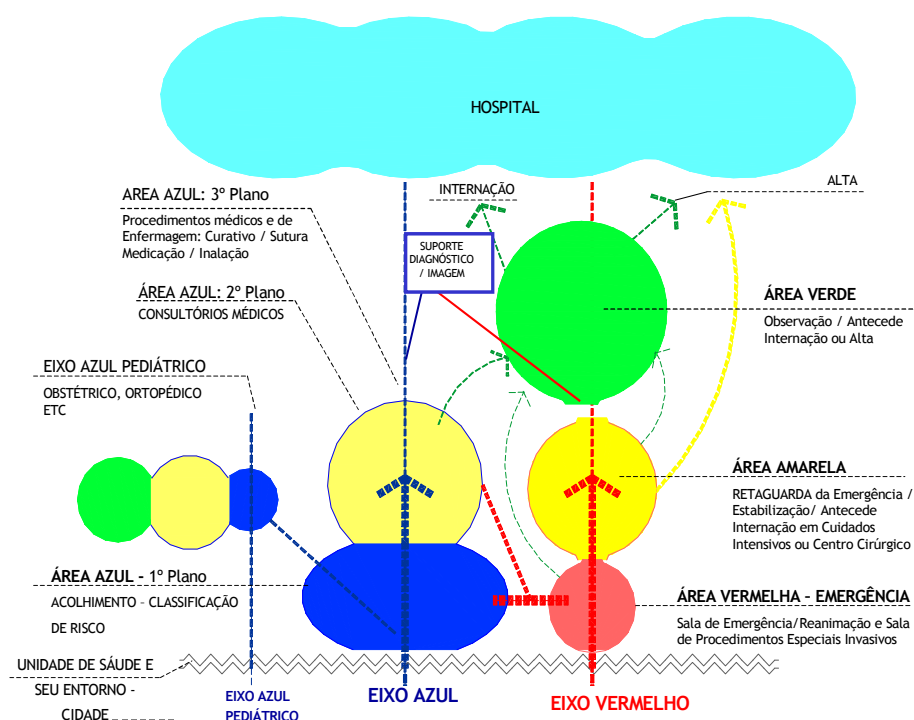
A sala de sutura deverá ter fácil acesso e estar mais próxima da entrada, evitando que pacientes sangrando tenham que circular por grandes distâncias.

As áreas para atendimento pediátrico deverão ser separadas, com a criação de um ambiente lúdico. É possível, no entanto, para a otimização de recursos, que se compartilhe a recepção administrativa e a sala vermelha, desde que esta tenha espaço preservado especial para a criança.

Alguns pontos importantes devem ser ressaltados:

- Caracterização do espaço por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas e seus usos quando as cores escolhidas fazem alguma referência ao sistema adotado na classificação de risco. As cores podem estar como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização;
- Sinalização e identificação clara dos espaços e usos de modo a incluir todos os usuários, sendo importante que esta orientação já se inicie no entorno do equipamento de saúde;
- Áreas de apoio para os trabalhadores sempre próximas do espaço de trabalho (copa, conforto, banheiros, etc.);

É importante ressaltar que não se pretende aqui criar normas ou estabelecer parâmetros rígidos, sendo que estas considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as singularidades de cada situação, local, diferentes demandas, numa construção coletiva pelos sujeitos envolvidos - trabalhadores, arquitetos, engenheiros, gestores e usuários.



Os protocolos de classificação de risco

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência.

Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o

potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação - que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem - e devem ter sempre respaldo médico.

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

A construção de um protocolo de classificação de risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. É também importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento.

A elaboração e análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos onde se concentram os problemas, promovem uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. A ferramenta do fluxograma analisador é bastante útil: trata-se de fazer o desenho dos fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa os problemas no funcionamento. A análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço também é uma ferramenta importante. Ambas promovem a reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia. Quando esta elaboração e análise são realizadas conjuntamente por representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no serviço, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e as propostas de mudança mais criativas, mais legítimas e mais aceitas.

Sugerimos, para essa análise e construção, levar em conta os seguintes fatores:

- Capacidade instalada de acordo com o número de atendimentos diários a ser prestados nestas unidades;
- Horários de pico de atendimentos;
- Fluxos internos, movimentação dos usuários, locais de espera, de consulta, de procedimentos, de reavaliação e “caminhos” entre eles;
- Análise da rede e do acesso aos diferentes níveis de complexidade;
- Tipo de demanda, necessidades dos usuários, perfil epidemiológico local;
- Pactuação interna e externa de consensos entre as equipes médicas, de enfermagem e outros profissionais;
- Capacitação técnica dos profissionais.

Propomos também algumas orientações para a implementação da classificação de risco nos serviços de urgência:

- A finalidade da classificação de risco é a definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada;
- O protocolo é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento;
- O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos;
- A classificação de risco é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta;
- O protocolo deve ser apropriado por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, funcionários administrativos;
- O protocolo deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado;
- Recomenda-se que o protocolo tenha no mínimo 4 níveis de classificação de risco;
- Recomenda-se o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação de risco (exemplo no caso de 4 níveis de classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde, azul);
- Recomenda-se identificar a classificação na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), uma vez que a classificação não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico e de reavaliações sistemáticas;
- Caso fique definido que nem todos os usuários passarão pela classificação de risco, os casos que não serão classificados devem ser caracterizados de acordo com as especificidades e a pactuação feita em cada serviço (exemplos: sutura, gestantes, ginecologia, oftalmologia, etc.);
- A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo;
- É muito importante que a organização do atendimento na urgência através do acolhimento com classificação de risco seja divulgada com clareza para os usuários.

Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento e da classificação de risco nos serviços de urgência

Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência que permite e instiga diversas mudanças nas práticas e que é um importante instrumento na construção de redes de atenção, sugerimos que sua implementação no Sistema de Urgência do SUS contemplem algumas etapas que poderão favorecer a participação e o envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários, garantindo maior legitimidade e perenidade ao processo:

1. Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, através de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco e de Construção de Redes;
2. Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
3. Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
4. Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemáticas das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias.

Além disso, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser potencializada pela adoção das seguintes iniciativas:

5. Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS local”, atualizado sistematicamente, que servirá de apoio aos profissionais que orientam os fluxos entre serviços diversos;
6. Capacitação técnica - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros).

Nas unidades de atendimento às urgências, as oficinas de trabalho devem ter os seguintes objetivos:

- Compreender a articulação entre o dispositivo de acolhimento com classificação de risco e os princípios e diretrizes do SUS;
- Refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;
- Aprender o conceito de acolhimento nas dimensões relacional, técnica, clínica e de cidadania;
- Promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco;
- Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e para a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;

- Envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas.

Neste sentido, é importante a montagem de grupos multiprofissionais com a participação dos profissionais que atuam diretamente na área de urgência (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), dos gestores e gerentes da área de urgência, assim como dos gestores e técnicos implicados nas áreas que têm interface direta com o serviço de urgência: gestão de pessoal, áreas de apoio, regulação, representação da rede externa.

Nos serviços de urgência, onde as equipes trabalham na maior parte das vezes em regime de plantão, é indispensável a construção de estratégias de mobilização, de cronograma de rodas de conversa com a equipe multidisciplinar a serem realizadas em diversos horários diurnos e noturnos, visando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.

Apresentamos a seguir alguns exemplos de questões a serem consideradas e analisadas pelo grupo, nas rodas:

Acesso e caracterização da demanda do serviço:

- Como acontece o acesso do usuário ao atendimento em seu serviço?
- Quem procura o serviço ?
- Quem encaminha para o serviço, e como são esses encaminhamentos ?
- O que se configura como necessidade de atendimento no serviço?

Fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário:

- Ao chegar na unidade a quem/para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?
- Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?
- Como você percebe a escuta à demanda do usuário?
- Como se dá o acolhimento no serviço?
- O processo de trabalho está organizado de forma a possibilitar o acolhimento? Por quê?
- Quem define quem será atendido? Quem não é atendido e por quê?
- Que tipos de agravo à saúde são imediatamente atendidos?
- Em quanto tempo? O que os define como prioritários?

- Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?
- O serviço adota critérios de Classificação de Risco? Como está esse processo?
- Qual a resolutividade do serviço?

Relações de trabalho, espaços de troca, ambiência, relações com usuários e familiares:

- Como são compostas as equipes de atendimento em sua unidade? Por grupo-classe profissional?
- Há trabalho de equipe multiprofissional? Em que setores?
- Há reuniões ordinárias? Qual a periodicidade? Qual é a composição do grupo?
- Quais as maiores dificuldades encontradas no funcionamento por grupo-classe ou equipe multiprofissional?
- Como se dão as relações de trabalho entre as pessoas da equipe e destas com os usuários e familiares?
- Existem espaços de discussão sobre os processos de trabalho entre gerentes e trabalhadores?
- Como são tomadas as decisões em sua unidade? Pelas chefias, pelo gestor geral da unidade, por colegiados?
- Como é seu ambiente de trabalho?
- Como se dá a participação dos trabalhadores e usuários nos processos de mudança do espaço de trabalho?
- Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento? (Conforto, privacidade, informação, sinalização).
- Em que medida a ambiência tem contribuído para a promoção do Acolhimento com Classificação de Risco?
- Existem formas e canais de comunicação com os usuários? Quais?
- Do que e como a rede social do usuário é informada? Que profissionais participam deste processo?

Relações com outros serviços, internos e externos:

- Quais são as responsabilidades das portas de urgência no SUS na sua cidade/região/estado?

- Como a porta da urgência do seu serviço se relaciona com os outros serviços do Sistema de Saúde (Hospitais, Atenção Básica, SAMU, Pronto Atendimento, CAPS, etc.)?
- Como a unidade de urgência se relaciona com as demais unidades do hospital (UTI, enfermarias, serviços de apoio, transporte, etc.)?
- Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade? Quem responde por eles?
- Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referência/contrarreferência)? Como funciona?

Referências Bibliográficas

ACEM guidelines: Guidelines for implementation of the Australian Triage Scale in emergency. In: *Australian College of Emergency Medicine Guidelines for implementation of the Australian Scale in Emergency Departments*.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento no SUS*. Belo Horizonte. Mimeo.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, pp.561-571, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? In: *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O processo de trabalho em saúde*. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, Unidade de Aprendizagem e Relações de Produção de Cuidados, EAD/ ENSP/FIOCRUZ, 2005, pp. 67-80.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Acolhimento com classificação de risco*. Série Cartilhas da PNH, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Ambiência: Humanização dos "Territórios" de encontros do SUS*. Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. EAD/ENSP/FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2006, pp 36-45.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. Portaria 1.863/ GM de 29 de setembro de 2003; Portaria 1.864 de 29 de setembro de 2003; Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*.

CAMPOS, CR.; MALTA, D. REIS, A. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Ed Xamã, 1998.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Ed HUCITEC, 2003.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), Association des Médecins d'Urgence du Québec (AMUQ). *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scales (CTAS)*, December, 1998.

DESLANDES, S.F. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. In: *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. V. 9. n. 17. mar/ago. p. 401- 403. 2005.

DESLANDES, S.F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim- MG. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 15, nº 2, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.; PANIZZI. M.; FOSCHIREA. M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. In: *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, nº 30.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2005.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D.A.; ROSENAU, A.M.; EITEL, D.R. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. Disponível em <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm>

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saude soc.*, Março 2008, vol.17, no.1, p.61-72. ISSN 0104-1290.

JIMÉNEZ, J. GÓMEZ Clasificación de Pacientes en los servicios de urgências y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. In *Emergencias*, n.15, pp. 165-174, 2003.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J.; Manchester Triage Group. *Emergency Triage*. Editora Paperback, 2a. Edição, 2001.

MAFRA, A.A. ; MARTINA, P.; BELEZIA, B.; SHIMAZAKI, ME.; BARBOSA, YR.; RATES, S.M.M.; NORONHA, R; ROCHA, M.O.C. *Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte*, 2006.

MERHY,E.E. & ONOCKO,R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY,E.E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. SP: HUCITEC, 2002; NATIONS M.K., GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo

paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. v.23 n.9 Rio de Janeiro Setembro 2007.

PESSATTI, Mirela Pilon. *A Intercessão Arquitetura e Saúde*. Campinas, SP. A.D.C.C. FCM - UNICAMP, 2008.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. *Relatório do Grupo de Trabalho de Urgências. O serviço de urgência: recomendações para os cuidados urgentes e emergentes*, 2004.

TEIXEIRA. R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

TRABALHO E REDES DE SAÚDE

Trabalho e redes de cuidado: sentidos do trabalho na saúde

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. Neste sentido, algumas diretrizes precisam ser afirmadas.

No processo de trabalho em saúde, tem-se ressaltado que as organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível.

A partir da experiência cotidiana no ambiente de trabalho - o mundo que construímos e habitamos ao trabalhar - podemos afirmar que é impossível cuidar da saúde sem considerar as situações pelas quais passamos ou as formas como nos organizamos para lidar com as experiências que nos adoecem.

No entanto, embora possamos afirmar tal relação, nos serviços de saúde ainda existem poucos espaços em que as experiências sejam discutidas e compartilhadas. E como são pouco discutidas, sua dimensão principal nos foge. A luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre a vida de todos e de cada um.

À inexistência dos espaços coletivos de compartilhamento somam-se outros problemas, como o trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, o valor atribuído ao trabalhador por parte da população e do governo, a gestão centralizada, etc., que produzem adoecimento.

Temos, no próprio SUS, experiências onde o “compartilhar” e o “pensar conjuntamente” promovem um ambiente mais saudável. Se produzir saúde é também cuidar de nossas relações, começamos, assim, por tecer uma rede viva que sustenta as ações coletivas, substituindo os esforços individuais que se mostram pouco eficazes.

A proposta da Política Nacional de Humanização é buscar uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, nos guiando sempre pelas experiências que têm promovido saúde nesta perspectiva. Dessa forma, saúde aqui não tem o sentido de ausência de doença, mas é entendida como a possibilidade de criação de estratégias para lidar com as situações que produzem incômodo, dor, insatisfação, adoecimento. Uma pessoa doente imobiliza-se diante do obstáculo que se coloca à sua frente, se torna impossibilitada de criar novas normas de funcionamento onde se pode experimentar uma vida mais saudável.

Se considerarmos que há situações adoecedoras e situações onde nos percebemos mais fortes e potentes para continuar vivendo, não podemos dizer que a doença ou a saúde é algo que acontece somente dentro de nós. As situações vividas referem-se às formas como nos relacionamos nos serviços de saúde. Logo, a forma como nos relacionamos e nos organizamos para conviver é de fundamental importância ao se pensar a saúde.

O trabalho, de maneira geral, é constituído por um constante diálogo entre as prescrições e a atualização-criação de novas formas de trabalhar. O desafio aqui é evitar que um lado seja “mais valioso” do que o outro, pois prescrição e experiência são duas faces da mesma moeda. Atuar somente em um desses extremos já se mostrou, ao longo da história, prejudicial à saúde dos trabalhadores. O trabalhador é impelido incessantemente a criar e produzir novos conhecimentos para que o trabalho se efetive neste mundo repleto de variabilidades, sem, entretanto, negar ou descartar a história daquele trabalho.

Na área da saúde, essas variabilidades são muito visíveis, uma vez que, além das diferenças entre os trabalhadores, existem diferenças entre as profissões, entre os locais de trabalho (trabalhar em uma unidade de saúde é diferente de trabalhar em um hospital), entre as localidades em que se situam (se é um hospital no Rio de Janeiro ou em Recife, num bairro da zona norte ou da zona sul da cidade, etc.). Além disso, o trabalho em saúde é marcado pelo contato com os usuários do serviço, uma vez que não se pode falar de um “usuário padrão”, ideal. Assim como os trabalhadores, os usuários possuem histórias de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes.

O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas que possuem características distintas e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na cooperação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista. No processo de trabalho, os trabalhadores usam de si por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam os saberes de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir-criar junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito.

Se entendemos a saúde como a capacidade de lidar com as variabilidades do meio e criar novas normas de vida, pode-se afirmar que, quando o trabalho limita essa capacidade, a chance de adoecermos é maior. Ao pensar a relação entre saúde, trabalho e gestão pelo ponto de vista apresentado, tratamos de uma co-responsabilização, e não do esforço em achar um culpado pelas experiências vividas.

Dessa forma, é possível pensar estes e outros modos de gestão e cuidado sem que se transforme os modos como nos organizamos para trabalhar? Ao apontarmos para esta dimensão da organização do trabalho, não estamos também pensando nos modos como temos nos relacionado e em seus efeitos na vida de todos que compõem o SUS?

Trata-se, então, de formas como se tem efetivado ou operado certos princípios, como a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a co-responsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Até para que estes princípios deixem de ser somente princípios e possam ser incorporados e atualizados em

práticas cotidianas dentro do SUS. Ao tratar desses princípios, estamos tratando de processos de trabalho (autonomia na gestão do trabalho) e daqueles que os sustentam como uma política pública.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde.

Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)

A saúde é entendida também como a capacidade de o ser humano produzir novas normas, ou seja, de ser normativo frente à diversidade dos mundos do trabalho. No fazer-aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e aquelas que promovem a saúde. Trata-se de criar, pela prática do tateio, da experimentação, de pôr em xeque as formas já dadas.

No âmbito da Política Nacional de Humanização, estamos buscando novas relações entre trabalhadores de saúde - atores principais dos processos de trabalho nos diferentes estabelecimentos - e aqueles que, também trabalhadores, portam conhecimentos específicos que podem permear e mediar diálogos cada vez mais efetivos entre todos os atores do cenário da saúde: gestores, trabalhadores, usuários, apoiadores institucionais e pesquisadores/estudiosos do campo da saúde. Diálogo desejado entre diferentes saberes e práticas que subsidiam e orientam o trabalho em equipes multiprofissionais.

A esse novo tipo de relação, de encontro e de diálogo crítico entre os saberes formais das disciplinas acadêmicas e os saberes produzidos e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, deu-se o nome de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), que faz parte do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e compreende um grupo de multiplicadores constituído por consultores, apoiadores, pesquisadores e trabalhadores locais. Essa concepção e método de “aprender fazendo”, com e no próprio trabalho, têm sido disponibilizados como ofertas da Política Nacional de Humanização, estimulando e apoiando processos de formação nos ambientes de trabalho.

É importante ressaltar que tais concepções e ferramentas podem e devem ser apropriadas e desenvolvidas pelas diferentes instâncias que se apresentam como “coletivos organizados” que incluem e representam trabalhadores e gestores. Algumas dessas instâncias podem ser consideradas campos férteis para avançar nessas metodologias de atuação-formação como, por exemplo: Câmaras Técnicas de Humanização (CTH), Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), Setores de Recursos Humanos e de Pessoal (ou equivalentes), Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, Comissões Internas de Atuação em Saúde no Trabalho e outras, formal e informalmente constituídas.

Na concepção da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), profissionais de saúde vivenciam um diálogo produtivo com os diferentes saberes, disciplinas e práticas. A história da organização dos trabalhadores no movimento por mudanças nos locais de trabalho tem confirmado que essa prática é possível e obtém sucesso. Neste momento de intensas mudanças no trabalho em saúde, é importante que os trabalhadores criem espaços, no próprio trabalho, para colocar em análise não somente o seu fazer cotidiano, mas o próprio sentimento que experimentam mediante as situações vividas às vezes “isoladamente”.

Esses espaços de conversa têm sido cada vez mais desejados. Para que não se tornem apenas momentos de levantamento de queixas, tais espaços podem ser pensados e organizados nos moldes de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa, buscando-se apoio para aprofundar problematizações e encaminhamentos acerca do que for considerado necessário e possível. Estes são, por excelência, espaços não somente para encaminhamentos e demandas, mas também para aprofundar a capacidade de negociação e de pactuações em torno do possível. São espaços em que o coletivo busca a co-responsabilização com as mudanças desejadas.

Essas estratégias consolidam-se no esforço coletivo, a partir da compreensão do mundo do trabalho e como este pode tornar-se tanto um espaço de criação e de promoção de saúde (autonomia, protagonismo), quanto um espaço de embotamento, riscos e sofrimento. A problematização e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo. Ela permite também analisar os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.

Por meio desses métodos, cada trabalhador envolvido tem a oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, apropria-se criticamente dos conceitos e saberes, faz análise sobre a sua realidade de trabalho e apresenta suas descobertas nas diferentes rodas e espaços institucionais. Daí a importância da apropriação de tais ferramentas e métodos na dinâmica de qualquer grupo que se constitua para discutir o trabalho, potencializando a sua ação e multiplicando o seu alcance a partir dos diferentes atores e setores envolvidos.

O Ministério da Saúde vem apoiando esses movimentos, oferecendo o suporte de consultores para articular com as instâncias do SUS e fomentar a criação desses espaços. Esta oferta também contempla pesquisas, estudos e análises dos processos de trabalho. São movimentos que ganham força, em que os gestores estão convencidos de que a implementação dos conceitos da humanização os auxilia no estabelecimento de um ambiente favorável tanto aos trabalhadores quanto aos usuários. Para isso, é necessário que algumas horas de trabalho da equipe sejam destinadas às oficinas, pesquisas, reuniões e outras atividades para análises e propostas de intervenção nos processos, relações e ambientes de trabalho.

A implantação de um Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), contemplando a organização de grupos nos moldes das CAPs, deve ser adaptada à realidade dos locais de trabalho.

Vejamos o exemplo da metodologia que foi desenvolvida num hospital da cidade do Rio de Janeiro (RJ):

- Inicialmente, os participantes organizaram módulos de leitura e discussão dos textos do PFST e, a partir daí, escolheram o tema da dinâmica das relações interpessoais - entre trabalhadores, entre chefes e subordinados, entre trabalhadores e usuários - para ser investigado no âmbito de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Esse aspecto foi colocado, em primeiro lugar, como foco de análise, porque estava gerando sofrimento no cotidiano profissional desse espaço hospitalar;
- Para auxiliar nesta análise, foi construído um instrumento de pesquisa e roteiro de observação participativa. As questões avaliadas foram: a comunicação entre todos e todas, a capacitação profissional e a valorização/reconhecimento do trabalhador por parte da chefia. O resultado da pesquisa possibilitou a construção de propostas que passaram a interferir positivamente nos espaços do dia-a-dia daquele hospital.

Apropriando-se da metodologia da CAP para utilização nos espaços de trabalho

Uma carga horária total de 46 horas foi prevista para a realização desse processo, envolvendo (a) curso introdutório, (b) momentos seqüenciais de análise e (c) levantamento de propostas e intervenções.

O tempo foi distribuído da seguinte maneira: (a) um curso introdutório (cerca de 12 horas) com a presença dos consultores da Política Nacional de Humanização e (b) encontros dos grupos de trabalho/CAPs, divididos em três momentos, coordenados pelos próprios participantes do curso (equipe de multiplicadores, sem a presença de consultores).

A divisão dos três momentos dos encontros dos grupos de trabalho/CAPs (três momentos) foi feita da seguinte forma: o Momento 1 subdividiu-se em 11 encontros de duas horas cada; o Momento 2 subdividiu-se em quatro encontros mensais; o Momento 3 exigiu horas de trabalho necessárias para que os multiplicadores desenvolvessem, individualmente ou em dupla, trabalhos de pesquisa junto com os demais servidores do hospital.

Curso Introdutório - Primeiro Ciclo

A ordem de apresentação dos temas foi: (1) Saúde; (2) Trabalho e Gestão; e (3) CAPs. Antes disso, foram realizadas duas apresentações específicas sobre o HumanizaSUS e o PFST. Sugere-se que seja adotada uma metodologia expositiva participativa e que se propicie um momento de troca e de valorização da fala e da experiência dos participantes.

Para este momento, foi elaborado um instrumento de avaliação composto por um pré-teste e um pós-teste. O pré-teste foi aplicado no primeiro dia do curso, logo após a apresentação dos participantes, e o pós-teste ao final dos trabalhos de consultoria. Cabe ressaltar que os participantes, ao se inscrever no curso, preenchem uma ficha de inscrição. As informações constantes das fichas são analisadas pelos consultores, anteriormente ao início dos trabalhos.

Estrutura metodológica do primeiro ciclo

Primeiro dia do primeiro ciclo

- Apresentação dos consultores e dos participantes;
- Aplicação de instrumento de avaliação (pré-teste): é indicado um número para o questionário de cada participante, assegurando a preservação do anonimato;
- Levantamento de expectativas dos participantes sobre o PFST: abertura de espaço para expressão das primeiras impressões dos participantes sobre o trabalho a ser desenvolvido e a realidade de trabalho em que se encontram;
- HumanizaSUS - apresentação dos conceitos e diretrizes da Política de Humanização;
- PFST - apresentação da proposta de formação e estrutura do Programa;
- Estabelecimento do contrato - horário e funcionamento da dinâmica grupal;

Para iniciar a reflexão sobre o tema do primeiro encontro (saúde) foram lançadas perguntas para o grupo: “Quando falamos em saúde, do que estamos falando? O que é saúde para nós?” As respostas foram colocadas em tarjetas, distribuídas aos participantes ou colocadas oralmente, com o moderador anotando as respostas em uma lousa ou papel. Uma vez classificadas as respostas e identificado o conceito de saúde para aquele grupo, passou-se a um diálogo com a concepção de saúde trazida pelas consultoras.

Esse movimento foi feito por meio da leitura do texto 1: “Saúde, cadê você?”. Dividiu-se o grupo em subgrupos (conforme o tamanho de cada um) sob a moderação de consultores.

- Discussão do tema “Saúde do Trabalhador” no grande grupo;
- Fechamento das atividades do dia e encaminhamento dos demais encontros: agendas e definição dos temas.

Segundo dia do primeiro ciclo

- Resgate das atividades realizadas anteriormente, a partir do tema “Saúde do Trabalhador” e sua importância para a concretização da PNH;
- Apresentação da consolidação das informações do instrumento pré-teste, aplicado no primeiro dia, sobre o tema “Trabalho”. Aqui também foi possível iniciar os trabalhos com um levantamento sobre o conceito de trabalho;
- Leitura dos textos “O trabalho”; “Quando o trabalho apresenta um risco para a saúde”; e “Gestão e saúde-doença dos trabalhadores”;
- O grupo se dividiu em subgrupos, sob a moderação dos consultores. Todos os grupos leram os três textos;

- Discussão do tema “Trabalho/Gestão e Saúde do Trabalhador” no grande grupo;
- Solicitação de leitura prévia do texto sobre CAPs: Comunidades Ampliadas de Pesquisa;
- Fechamento das atividades do dia e esclarecimentos sobre o funcionamento dos demais encontros.

Terceiro dia do primeiro ciclo

- Discussões sobre saúde e trabalho/gestão e sobre as CAPs. Exposição dialogada sobre o tema CAPs procurando esclarecer as dúvidas sobre a nova etapa do programa e como se daria a efetivação das CAPs no ambiente de trabalho;
- Definição do tema a ser analisado pela CAP (delimitação do foco de análise): a partir da consignação “O que a gente vai olhar no cotidiano de nosso trabalho e que pode estar causando sofrimento?”, solicitou-se que cada participante registrasse, em uma tarjeta, um aspecto do ambiente de trabalho que estivesse merecendo atenção da CAPs;
- Construção de um “mapa de risco” na parede. Ou seja, constrói-se um painel em que possam ser anotadas e visualizadas as dificuldades do ambiente de trabalho que causam desgaste e sofrimento no cotidiano profissional;
- Discussão sobre a demanda de análise do ambiente de trabalho e encaminhamento para escolha de um tema, a partir da governabilidade do grupo, para introduzir mudanças no ambiente de trabalho. Equalização da compreensão do tema escolhido;
- Desdobramento do tema escolhido, por meio da exploração de sua significação para a equipe;
- Ampliar a discussão para subtemas que deverão ser objeto de análise do grupo;
- Discussão do modo como seriam trabalhados estes subtemas: meios de observação e definição dos recursos metodológicos mais adequados, instrumentos (questionários com perguntas fechadas e/ou abertas), uso de imagens (registros fotográficos), etc.

Encontros Sequenciais da CAP - Segundo Ciclo

Momento 1 da CAP - Primeiros, segundos e terceiros encontros

Estes encontros foram planejados para ser conduzidos pelos trabalhadores participantes do PFST - a partir deste momento, chamados de multiplicadores. O plural utilizado (primeiros, segundos e terceiros) indica que a cada bloco de quatro encontros deste Momento foi intercalado pelos encontros dos Momentos 2, coordenados pelos consultores. Coube aos pesquisadores e trabalhadores, nesses encontros, o desenvolvimento de métodos e recursos que seriam utilizados no processo de pesquisa. Além disso, cuidar para que a CAP ocorresse conforme a pactuação dos envolvidos.

Aos consultores coube colocar sempre em análise, nos Momentos 2, o processo de trabalho realizado nesses encontros do Momento 1.

Primeiro encontro do Momento 2 da CAP

Este encontro, coordenado por um consultor da PNH, procurou atender aos seguintes objetivos:

- 1) Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pela equipe no Momento 1 da CAP (reunião de multiplicadores, sem a presença dos consultores): participação dos integrantes, nível de envolvimento e responsabilização com o trabalho de pesquisa, conflitos e acolhimento das propostas e encaminhamentos das sugestões;
- 2) Identificar se o tema escolhido como foco de análise foi suficientemente explorado nas discussões do grupo na divisão em subtemas;
- 3) Analisar as propostas de registros e análises do processo de trabalho, elaboradas pela equipe de trabalhadores participantes do PSFT (métodos de registros e de observação, recursos propostos, estratégias gerais e específicas para os setores, etc.);
- 4) Auxiliar tecnicamente nas dúvidas pertinentes ao processo de elaboração de instrumentos;
- 5) Analisar o processo de trabalho realizado: coube ao consultor, concomitantemente, identificar como aconteceu a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);
- 6) Encaminhar o trabalho de maneira que o Momento 3 (pesquisa de campo) ocorresse no intervalo de um mês, para que na próxima reunião do Momento 2 (com a presença de consultoria) fosse realizada a análise das informações “colhidas”.

Segundo encontro do Momento 2 da CAP

Este encontro, coordenado por um consultor da PNH, procurou atender aos seguintes objetivos:

- 1) Verificar a compreensão e o envolvimento da equipe no trabalho de pesquisa, por meio da recapitulação do trabalho desenvolvido até o presente momento, com vistas ao realimento de alguma questão que se fizesse necessária;
- 2) Conhecer o trabalho de aplicação dos instrumentos, de observação e de análise realizado tanto no Momento 2 (reunião dos multiplicadores) quanto no Momento 3 (pesquisa de campo individual/dupla): solicitar que todos os multiplicadores falem de suas observações no campo;
- 3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que parecesse pertinente;
- 4) Sugerir que a análise do resultado da pesquisa fosse apresentada para a diretoria e encaminhada reunião de apresentação dos trabalhos para todo o serviço, convocação de

outros trabalhadores para a formação de novos multiplicadores e continuidade nos trabalhos, principalmente dos setores não investigados;

5) Analisar o processo de trabalho realizado, cabendo ao consultor identificar como estava ocorrendo a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);

6) Encaminhar o trabalho de maneira que, na próxima reunião do Momento 2, com a presença de um consultor, fosse concluída a análise das informações “colhidas” e os encaminhamentos da formação de nova equipe de multiplicadores da unidade de serviço em questão.

Terceiro encontro do Momento 2 da CAP

Este encontro, coordenado por um consultor, procurou atender aos seguintes objetivos:

1) Verificar a compreensão e o envolvimento da equipe no trabalho de pesquisa, por meio da recapitulação do trabalho desenvolvido até o presente momento com vistas ao realinhamento de alguma questão que parecesse necessário;

2) Conhecer o trabalho de aplicação dos instrumentos de observação e de análise realizados tanto no Momento 2 (reunião dos multiplicadores) quanto no Momento 3 (pesquisa de campo individual/dupla). Solicitar que todos os multiplicadores falem de suas observações no campo;

3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que parecesse pertinente;

4) Analisar o processo de trabalho realizado, cabendo ao consultor identificar como estava ocorrendo a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);

5) Aplicar o Pós-teste;

6) Verificar como se daria a próxima etapa de formação de nova equipe de multiplicadores na unidade de trabalho. Ao final: análise do trabalho realizado.

Já na análise das fichas de inscrição dos participantes, conforme concebido pelo Programa, foi possível perceber como se daria a adesão ao processo de formação. Esta deve ser “espontânea”, ou seja, neste caso deveria haver interesse genuíno dos participantes inscritos no PFST na reflexão sobre a realidade de trabalho com vistas à transformação de tudo aquilo que faz adoecer ou incomodar os trabalhadores no serviço de saúde em questão.

A constituição do grupo de inscritos para a atividade se mostrou representativa para o conjunto dos trabalhadores do local de trabalho que vivenciaria o PFST, procurando incorporar trabalhadores de todos os setores - integrantes do corpo diretivo, gestores, especialistas, técnicos e auxiliares, todos com formações diferentes e de níveis também diferentes, constituindo um olhar múltiplo e complementar. Quando isso não ocorria, algumas questões foram feitas: quais os motivos que contribuíram para que alguns setores fossem mais contemplados que outros? Existe alguma história de análise de processos de trabalho em relação aos

envolvidos neste primeiro evento do PFST? Enfim, como as pessoas chegaram até aqui?

Ressaltamos a importância da participação dos gestores, administradores ou gerentes em todo o processo do PFST uma vez que, nas experiências já ocorridas, a ausência desses nas atividades da CAP levou a um emperramento das ações propostas por falta de apoio e “autorização” para sua implantação efetiva.

A seguir, foi analisado o conteúdo das fichas de inscrição em relação aos problemas percebidos nos locais de trabalho, tais como: entrosamento entre setores, comunicação interpessoal, relações/processo de trabalho, condições de trabalho, vínculo empregatício, número de pessoal e investimento na formação dos trabalhadores. O compromisso entre o profissional de saúde e o usuário foi analisado por meio, por exemplo, dos aspectos de assiduidade e pontualidade. A ambiência - espaço físico para a acomodação tanto dos trabalhadores quanto dos materiais e equipamentos hospitalares - é um dispositivo da Política Nacional de Humanização que deve colaborar com o acolhimento de todos, trabalhadores e usuários.

A falta de equipamento/material adequado ou outros aspectos das condições e do processo de trabalho faz com que muitos trabalhadores adoçam. O estresse devido ao trabalho realizado e às relações autoritárias tem ocasionado hipertensão e problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Assim, o número de licenças de saúde ou em processo de readaptação deve ser examinado. É importante ressaltar as formas de luta pela saúde dos trabalhadores que têm sido encaminhadas no local de trabalho.

Segundo nossa experiência, o que tem mobilizado essas pessoas a participar do PFST também constitui um dado importante de análise. Muitas respostas concentram-se na questão da relação trabalho/saúde, como: 1) Construir meios que assegurem melhor qualidade de vida, evitando que o trabalhador adoça; 2) Contribuir na atenção à saúde dos colegas; 3) Tornar o local de trabalho mais interessante e humanizado tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários; 4) Contribuir para as relações de trabalho e a valorização do trabalhador. A questão da gestão também aparece como mobilizadora da participação, assim como a possibilidade de formar-se multiplicador do Programa.

Como importância da realização do PFST, na visão dos trabalhadores, tem sido referida a busca pela satisfação do trabalhador, voltada para uma melhor qualidade de vida, a melhoria das condições e do processo de trabalho; a valorização dos profissionais de saúde; o fazer com que o trabalho seja também produção de criação e não apenas produção de repetição, que contraria o processo vital. Assim, o trabalho se constitui em fator de transformação social.

Referências Bibliográficas

ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J.; NEVES, M. (Org.). *Caderno de métodos e procedimentos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

Glossário

Ambiente de trabalho - O ambiente de trabalho não se restringe ao espaço físico onde o trabalho é realizado. Ele é um espaço vivo, histórico coletivo, que carrega a memória dos homens e mulheres que ali trabalham e habitam. Um ambiente tramado por inúmeras vidas e práticas, tecido pelos inúmeros encontros que ali se estabelecem.

Atenção humanizada - (1) Oferta de atendimento de qualidade articulada aos avanços tecnológicos, ao acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e às condições de trabalho dos profissionais. (2) Atenção pautada no protagonismo dos sujeitos, na democratização da gestão dos serviços e na ampliação da atenção integral à saúde. (3) Atenção que não separa o modo como trabalhamos nos serviços (a gestão desses serviços) e o modo como oferecemos atendimento aos usuários (a atenção).

Autonomia - Condição que caracteriza os humanos, que não são meros receptáculos de ideologias e valores predominantes. Os indivíduos como seres autônomos são capazes de transformar a realidade, construir outros mundos, sendo protagonistas e co-responsáveis nos diferentes coletivos-rede. Como o padrão da vida é a rede, não existe autonomia fora dos coletivos.

Câmara Técnica de Humanização (CTH) - Fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de co-gestão. Pode se constituir com representações de serviços ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências. Seu método de funcionamento é pautado no mapeamento dinâmico dos serviços e ajustes contínuos das iniciativas, à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Seu caráter pedagógico-formativo é conferido pelas análises coletivas e destaque de indicadores do processo de implementação e seus alcances e pode servir como referência para outros serviços.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é um dos tantos efeitos da luta que os trabalhadores vêm travando para lidar com as adversidades dos mundos do trabalho. Trata-se de um instrumento que visa à prevenção de acidentes do trabalho, às melhorias nas condições de trabalho e de todos os aspectos que afetam a saúde e segurança dos trabalhadores. A CIPA é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria 3.214 de 08/06/78 baixada pelo Ministério do Trabalho. O objetivo básico da CIPA é fazer com que empregadores e empregados trabalhem conjuntamente na tarefa de prevenir acidentes e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho. A organização da CIPA é obrigatória nos locais de trabalho, seja qual for sua característica - comercial, industrial, bancária, com ou sem fins lucrativos, filantrópica ou educativa e empresas públicas - desde que tenham o mínimo legal de empregados regidos pela CLT conforme o quadro 1 da NR-5. A CIPA é composta por representantes titulares do empregador e dos empregados e seu número de participantes deve obedecer as proporções mínimas na NR -5.

Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) - Grupo de trabalhadores constituído por consultores, apoiadores da Política Nacional de Humanização e trabalhadores locais das unidades de saúde implicados na transformação e pesquisa das condições adversas de trabalho. Trata-se de um dispositivo, criado a partir do Programa de Formação de Saúde e Trabalho (PFST), cujo método é o do “aprender fazendo” com e no próprio trabalho. Deseja-se que o encontro e diálogo crítico entre os diferentes saberes e práticas subsidiem e orientem o trabalho em equipes multiprofissionais atentas à análise do cotidiano do trabalho e à produção de saúde.

Co-responsabilidade - compartilhamento de decisões, planejamento e avaliação de uma ação comum, com tarefas decididas coletivamente.

Dimensão subjetiva - (1) Dimensão a partir da qual existimos como “sujeitos”, sempre como efeito de processos históricos e políticos. (2) Dimensão relacional onde experimentamos existir como “sujeitos” concretos e engajados em práticas situadas - não se refere, portanto, a uma dimensão privada, interior, independente das relações que construímos cotidianamente.

Dispositivos - Modos por meio dos quais são efetivadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização nas experiências concretas de trabalho.

Ferramentas - São instrumentos que construímos, a partir da especificidade de cada serviço, para que os dispositivos possam funcionar nas experiências concretas de trabalho.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) - Coletivo de trabalhadores em saúde envolvidos na transformação dos processos de trabalho no dia-a-dia das unidades/serviços do SUS, conforme os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização. Grupo-sujeito que recusa hierarquias, autoritarismos e totalidades fechadas, confrontando-se com seu próprio limite e finitude. Sua atuação visa disparar movimentos de criação de vínculos, a ampliar a capacidade coletiva de análise crítica dos equipamentos de saúde. Busca enfrentar coletivamente desafios e construir soluções a partir da realidade concreta da rede. Partindo da comunicação com as demais políticas e programas de saúde, concretiza conversas, acordos e parcerias.

Métodos - (1) Caminhos construídos a partir da experiência concreta das situações de trabalho na implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização. (2) Modo de fazer, de colocar em ação os princípios da Política Nacional de Humanização na experiência concreta de trabalho.

Normas Antecedentes - As normas antecedentes ampliam a noção de prescrição do trabalho ao abranger, além da dimensão prescritiva, uma dimensão histórica, marcada pelas experiências dos trabalhadores, pelos saberes-fazeres e valores, por um patrimônio coletivo sempre em transformação no encontro com a situação real de trabalho.

Prescrição - A prescrição do trabalho está relacionada à idéia de antecipação, de planejamento, é a concepção teórica do que se deve fazer. A prescrição é definida por quem delega a execução da tarefa, e tem como objetivo definir e orientar o que deve ser feito e como fazê-lo. Ela sempre preexiste à atividade, sendo determinada de forma anterior e exterior à sua realização.

Programa de Formação de Saúde e Trabalho (PFST) - Programa de formação do trabalhador da saúde que se fundamenta no princípio pedagógico do estudo-intervenção. É um dispositivo da Política Nacional de Humanização que busca uma compreensão ampliada das relações entre saúde e trabalho nos locais onde trabalhamos. Parte do princípio de que é impossível cuidar da saúde sem considerar as formas de organização adotadas pelos trabalhadores para lidar com as demandas do cotidiano de trabalho e as estratégias de enfrentamento das experiências de sofrimento em serviço.

Protagonismo - Compromisso ético dos sujeitos com o conhecimento e a produção da realidade vivida nos equipamentos de saúde. Refere-se, portanto, à intervenção nessa realidade, promovendo diálogos e a construção coletiva do bem comum. Na produção de saúde, diz respeito ao compromisso dos sujeitos nos processos de cuidado de si e das redes sociais.

Saúde - (1) Processo de criação/invenção de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento (condição de sofrimento). (2) Poder oscilar dentro dos limites do patológico e da sanidade, poder inventar maneiras de fazer diferente.

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho é constituído por uma equipe de profissionais, a serviço das empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores. O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

Tecnologias - É um termo que envolve conhecimento técnico e construção de ferramentas, de processos e de materiais que são utilizados a partir desse determinado conhecimento. As tecnologias são usadas para lidar com a diversidade dos diferentes contextos e viabilizar processos de trabalho. As tecnologias não são algo exterior à sociedade, mas produção dos humanos. Uma tecnologia é uma dimensão das relações entre humanos, expressa a atividade humana que se transforma ou das relações humanas que se redefinem. As tecnologias produzem determinadas concepções de mundo e produzem mundos. Não existe neutralidade dos aparatos técnicos, como se estes existissem apenas para suprir necessidades prévias do homem. A tecnologia não pode ser reduzida a um aspecto instrumental, ela traz novas e complexas relações com o mundo, transformando-o.

REDES DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Redes de saúde: estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS

Muitas imagens nos vêm ao pensamento quando falamos em redes. A tradicional rede de pescar feita de fios entrelaçados, a atual rede da internet (que é uma malha virtual de informação), uma rede de supermercados, de telecomunicação, de eletricidade, etc. O tema da rede tem sido cada vez mais requisitado na atualidade. Por isso devemos ficar atentos para o risco do modismo! Será que se trata da mesma concepção de rede em todos os contextos? O que queremos enfatizar quando falamos em redes na saúde? De que modo a construção de redes na saúde é uma estratégia importante para a qualificação da atenção e gestão do SUS?

Uma importante bandeira de luta na construção do SUS foi a ampliação da concepção de saúde, que deixou de ser reduzida à ausência de doença. O processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores. Junto com esta noção ampliada de saúde, a saúde foi afirmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, um Conselho Municipal de Saúde, etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços?

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território.

A construção de redes regionalizadas de atenção à saúde pode fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação, contribuindo para a diminuição das iniquidades, bem como ampliando o grau de co-gestão entre distintos atores, através da pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes sobre a produção de saúde em uma dada região.

Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de Unidades Básicas de Saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc.

A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território - ou seja, a rede heterogênea - é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes.

A figura abaixo permite visualizar a articulação entre redes especializadas (homogêneas) e redes transversais (heterogêneas) num determinado território:

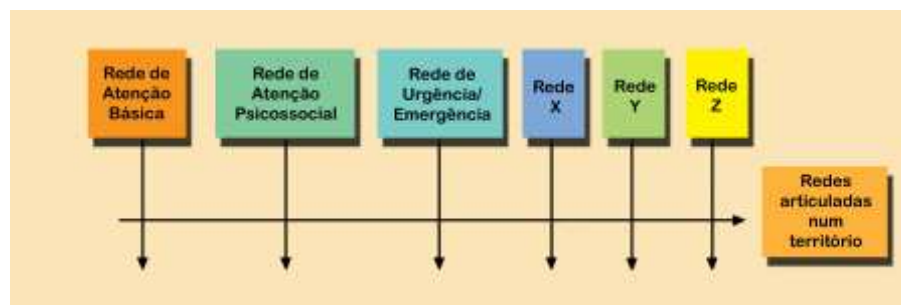


Figura 1 - Articulação entre redes especializadas e redes transversais

A organização das políticas públicas em rede: requisito para a produção de saúde

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova base jurídico-legal para a política de saúde, definindo a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Além disto, estabeleceu que saúde é produção social, resultado de complexas redes causais que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral.

Portanto, a implementação de políticas sociais e econômicas que promovam a redistribuição de renda e qualifiquem a vida são fundamentais para a produção de saúde. Quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e às políticas sociais, mais complexos, heterogêneos e injustos serão os padrões do viver, adoecer e morrer.

A produção de políticas sociais e econômicas mais justas não anula a presença de agravos, doenças e riscos para a saúde, mas altera sua natureza, exigindo a organização de sistemas de saúde como algo imprescindível para a qualificação da vida em sociedade.

A saúde resulta ainda da capacidade de a sociedade produzir regras, modos de viver em que prevaleçam o interesse e o bem comum.

Dessa forma, a produção de saúde decorre da articulação de dois componentes estratégicos: (1) a organização de políticas públicas que distribuam renda, direta e indiretamente, através do desenvolvimento sustentável; e (2) a garantia de acesso a

serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre estas ações deve resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade.

A garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil resulta da criação de estratégias para a responsabilização sanitária partilhada entre municípios, estados e a União para que, preferencialmente, os municípios organizem redes de atenção integral à saúde de forma sustentável. Quando isto não é possível, a cooperação entre gestores e construção de redes regionalizadas é fundamental, já que muitos municípios são pequenos e não têm como garantir acesso a toda tecnologia disponível para qualificar a vida.

Outro componente da política de saúde no Brasil é a participação cidadã, que implica, entre outros, na inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, através de conselhos e conferências - arranjos de co-gestão do Estado - passam a vocalizar interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde. A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde.

A produção ampliada de saúde depende:

1. Da organização do sistema de saúde, que pressupõe a construção de redes de atenção articuladas em um território. Um território de saúde deve:

- Ser auto-suficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade;
- Organizar a rede de atenção a partir da Atenção Básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde;
- Construir e definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, o que significa definir quem é responsável pelo quê e com que condições concretas contam para arcar com encargos sanitários.

2. Além destes aspectos, a produção de saúde depende da integração de ações intersetoriais em um território, cujo intento requer a criação de:

- Nova cultura de gestão territorial, que rompa com o entendimento de que “somando-se o que cada política faz” se produz ação integrada no território; assim, integrar não é somar, senão produzir ações comuns de forma partilhada e co-responsabilizada;
- Mecanismos de co-gestão de políticas, espaços coletivos para o encontro das diferenças de uma pluralidade de sujeitos e diferentes políticas para a produção de entendimentos e ação comum, que resultam de negociações (deslocamentos de posições originais), produção de consensos (provisórios) e a contratação de tarefas de forma coletiva;
- Inovações na gestão pública, decorrentes da ação criativa e criadora de coletivos guiados pela defesa e consolidação do bem-comum; inovações em concepções e na

experimentação devem permitir avançar na organização e funcionamento da máquina do Estado, cuja lógica predominante tem sido a do “loteamento e isolamento” de cada uma das áreas e políticas;

- Sistemática de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados da ação intersetorial. Integrar o conjunto de ações de diferentes áreas e setores permite a construção de ação compartilhada e co-responsável, evitando sobreposição de ações e concorrência por recursos.

Desta forma, a produção de saúde ampliada - exigência decorrente da própria ampliação do conceito de saúde - ocorre de forma mais efetiva: (1) pela construção de sistemas integrados de saúde e (2) pela articulação em um território de um conjunto de iniciativas e ações intersetoriais.

Um exemplo disto são os “Territórios da Cidadania” iniciativa que busca integrar, em territórios construídos pela sobreposição e articulação de mapas de várias políticas, ações de áreas e setores que, em contato com outras percepções e proposições, acabam se modificando e se interferindo mutuamente. Além disto, os próprios limites e contornos territoriais das políticas setoriais acabam se modificando em decorrência desta dinâmica integrativa, uma vez que cada política exercita critérios próprios na construção de recortes geográficos. O território das ações intersetoriais passa a ser, assim, aquele onde a ação ocorre de forma concreta, onde as práticas são realizadas, o que não implica em abdicar de recortes específicos de cada área ou política.

Além disto, a integração de agendas e atividades pressupõe a realização de uma série de sucessivos deslocamentos, modificações de percepções, atitudes, cultura e forma de atuar, entre os quais:

- Perceber que a ação que se origina em sua área de ação não é necessariamente a mais importante e relevante, pois os problemas e desafios são produzidos em redes complexas e, por esta razão, reclamam compreensões ampliadas e intervenções intersetoriais, articulando distintos territórios de saberes e práticas. Assim, em determinados territórios uma política/ação/equipe em particular pode liderar e coordenar processos e em outro território outra política/ação/equipe pode assumir este papel;
- Ampliar a capacidade de escuta entre os vários atores envolvidos, promovendo espaços de co-análise e compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com o objetivo de construir consensos possíveis, que incluam as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos;
- Capacidade de construção coletiva e compartilhada ou trabalho em equipe: nenhuma ação efetiva sobre realidades complexas é possível sem ação pactuada e co-responsabilizada. Isto exige trabalho em equipe, processos de pactuação, coordenação de ação, monitoramento e avaliação;
- Desenvolver processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar, fazer trocas, rompendo com a tradicional atuação por categoria ou especialização ou setor. Assim, cada trabalhador de uma equipe de saúde, sem deixar de ser médico, psicólogo, enfermeiro, etc., haverá de ser também um pouco educador, sociólogo, economista, ambientalista, os quais também passarão a ser um tanto médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. a partir

das práticas compartilhadas num dado território. Este deslocamento é fundamental para a construção de ações e projetos comuns;

- Tolerar o outro, sua ousadia, sua insinuação, suas interrogações, suas entradas em outros territórios, de um lado. De outro lado, lidar também com as insuficiências, com as lacunas, com as faltas do outro, sem que isto seja de imediato identificado com alguma intencionalidade para atacar o grupo e seus sujeitos.

Trabalhar em rede, compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques, é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde. Para se produzir mais e melhor saúde é necessária, então, a produção de novos sujeitos e novas práticas.

A Política Nacional de Humanização e a construção de redes

O fomento de redes cooperativas em diversas instâncias do SUS tem sido o principal objetivo de todas as ações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS surge com a tarefa de criar métodos operativos que tenham como norte para suas ações o “SUS que dá certo”.

Muitos contextos são marcados por modelos de gestão centralizados em que a comunicação segue padrões verticalizados: “Manda quem pode e obedece quem tem juízo”. A comunicação fica burocratizada e reduzida à “voz de mando” e aos “ruídos de corredores”, gerando processos de fragmentação e alienação do trabalho. Os modelos de gestão centralizados e verticais concentram o poder de decisão nas mãos de poucos, excluindo os trabalhadores da ponta do planejamento e avaliação de suas ações. Nestes casos as equipes não se conhecem entre si, os serviços não se comunicam e os profissionais não conhecem a realidade do território em que trabalham nem o resultado de suas ações.

Partindo desta realidade contraditória e adversa, a Política Nacional de Humanização encontrou nas experiências do “SUS que dá certo” os princípios e diretrizes norteadores para suas ações, sugerindo arranjos e dispositivos capazes de fomentar redes cooperativas que superem o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção.

Destacamos a seguir alguns princípios e dispositivos para a construção de redes de produção de saúde.

Por princípio, entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das

fronteiras entre os saberes, os territórios de poder e os modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar como algo inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Dispositivos e redes

A Política Nacional de Humanização propõe um conjunto de dispositivos para a qualificação da atenção e gestão do SUS. Os Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), o Acolhimento com Classificação de Risco, a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), a Visita Aberta, a Equipe Transdisciplinar de Referência, o Projeto Terapêutico Singular, dentre outros, são alguns destes dispositivos de trabalho. Entretanto, o que estamos chamando de dispositivo no HumanizaSUS? Qual a função do dispositivo?

Um dispositivo é uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco, por exemplo, é uma tecnologia que tem por finalidade tornar o atendimento nas urgências e emergências mais eficiente e eficaz, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares.

O Acolhimento com Classificação de Risco é, portanto, um dispositivo que opera com tecnologias e conhecimentos específicos como, por exemplo, os protocolos de classificação de risco. Mas este conhecimento específico precisa ser compartilhado, o que implica em arranjos concretos que mobilizem os trabalhadores para a construção de uma ação comum, para o trabalho em equipe.

O compartilhamento deste conhecimento e desta tecnologia específica é um componente fundamental para a implementação deste dispositivo. Mas o que este dispositivo tem a ver com rede de saúde? Tudo!

O Acolhimento Com Classificação de Risco não tem como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências e não tem como único objetivo diminuir o tempo de espera nas filas. As filas das emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção.

Muitas pessoas acabam procurando atendimento nas emergências hospitalares por uma baixa cobertura da Atenção Básica, ou porque o hospital e unidades básicas existentes num dado território não definiram claramente suas responsabilidades sistêmicas. Uma grande parcela dos problemas de saúde pode e deve ser atendida na Atenção Básica! Portanto, todos os profissionais de saúde, quer sejam da Atenção Básica, quer sejam dos hospitais, do SAMU ou da Central de Regulação, estão todos direta ou indiretamente implicados com a construção de redes e co-gestão do cuidado a partir da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Podemos dizer o mesmo para os diversos dispositivos. Eles são ferramentas que disparam mudanças no processo de trabalho agenciando ações com outros dispositivos e grupos de trabalho, na perspectiva de construção de redes solidárias e cooperativas.

“Nós” da rede de produção de saúde

1) Sujeitos e subjetividades

Vamos olhar mais de perto este nosso primeiro “nó” da rede como se utilizássemos uma lente de aumento. À medida que passamos pelos diversos “nós” da rede, devemos ir aumentando o ângulo da lente, nos permitindo ter uma visão detalhada e panorâmica.

O respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas. Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas. A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde. Estamos falando, portanto, de redes vivas, que incluem as diferenças e que também podem produzir diferenças, produzir novos sujeitos.

Cada sujeito possui uma história singular que é marcada por trajetos únicos, compostos por perdas, conquistas e escolhas - profissionais, religiosas, políticas, etc. No entanto, essa singularidade está inserida no mundo. Estamos todos vivendo em extensas e complexas teias de relações sociais que se encontram em constante movimento. Isso nos faz estar, igualmente, em permanentes processos de redefinições, diante de novas escolhas e novas produções, individuais e coletivas.

Não basta, portanto, no plano da prática e da intervenção, compreender que cada sujeito é diferente. Mais do que isso, precisamos estar atentos a essa diversidade e às suas conseqüências nas interações que estabelecemos no dia-a-dia. Dessa forma, podemos perceber que o simples encontro com uma pessoa nos coloca, de imediato, em contato com redes de relações que estão constantemente se fazendo e refazendo.

Os exemplos disso estão em toda parte: na relação com nossos filhos, companheiro, companheira e amigos, no ambiente de trabalho, nos grupos dos quais fazemos parte e

na relação consigo. Afetamos e somos afetados porque estamos ligados uns aos outros, porque vivemos em rede, porque nos relacionamos para produzir a vida. Se passarmos a perceber o mundo dessa forma, veremos que nossa prática cotidiana pode sofrer alterações.

Tomando um exemplo importante do nosso cotidiano: ao acolhermos uma pessoa numa emergência de um hospital, na sua própria casa através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou num Centro de Atenção Psicossocial (Caps), entramos em contato com uma história de vida e com as redes de relações nas quais essa pessoa está inserida. Redes permeadas por afetividades, hábitos e diferentes modalidades de trocas e interações que possuem um importante papel no processo de produção de saúde e doença. É fundamental que a construção da rede de saúde possa estar atenta não só aos processos de gestão como aos processos de atenção, construindo Projetos Terapêuticos Singulares dentro de uma perspectiva da Clínica Ampliada.

Vejamos num caso concreto como o processo de produção de saúde e doença está inserido em redes de relações:

Determinado médico que atua no Programa Saúde da Família relatou, certa vez, o desenrolar do acompanhamento de um garoto de oito anos que apresentava um quadro de febre alta sem causas orgânicas constatadas. Sob efeito de medicação a febre cedia, mas logo voltava. A diretora da escola onde estudava a criança já havia, dada a sua preocupação, solicitado a presença da mãe, pois percebia o garoto muito quieto e desinteressado diante da realização das atividades escolares. Todavia, em outros momentos, ele reagia de forma agressiva com os colegas.

Nos contatos tidos com o médico, a mãe da criança falava pouco, apenas enfatizando que seu filho era um menino muito levado. Intrigados com a tristeza e apatia do garoto, o médico e sua equipe decidiram ouvir, além da mãe e do pessoal da escola, outros membros da família. Após várias reuniões, o grupo constatou que a família do garoto vivia graves conflitos e que a febre poderia ter um sentido ante as dificuldades familiares. O médico e sua equipe acreditaram de imediato que a febre poderia estar evitando o espancamento constante do menino por parte do pai, uma vez que, este, ao se chatear com o filho, lhe dizia: “Sua sorte é que você está doente”.

Se ampliarmos o foco e sairmos da queixa da febre, vamos encontrar, no contexto no qual está inserido o garoto, uma rede de relações (família, escola, unidade de saúde, etc.) que são fundamentais para a produção do seu adoecer. Da mesma forma, veremos que, a partir dessas redes, poderemos encontrar as explicações e saídas possíveis.

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações e os efeitos que produzem cada ligação e que cada ligação produz; implica refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso. Por este caminho, vamos identificar que atores estão aí envolvidos, que negociações precisarão ser feitas, que lugares cada um desses atores ocupa no sistema de relações, que caminhos poderão ser percorridos. Os diversos atores devem constituir redes de cooperação sendo, ao mesmo tempo, apoiados e apoiadores do/no processo de produção de saúde. Nessa ótica, o profissional ou a equipe de saúde não são, portanto, os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa, doravante, pelo encontro e criatividade das diversas subjetividades envolvidas. No limite, todo sujeito se encontra inserido numa rede de

produção de subjetividade. Todo sujeito é um ser em conexão com outros seres e outras vidas.

2) A “equipe de trabalho”

Para afirmar os princípios do SUS, é imprescindível a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. A aposta na construção de redes de produção de saúde passa, necessariamente, pela construção de arranjos de gestão que possibilitem o compartilhamento do cuidado e a pactuação de compromissos e responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos.

Os processos de trabalho em saúde são muitas vezes fragmentados e verticalizados. Eles são barreiras institucionais que impedem a atuação em rede na produção de saúde - portanto, são desafios a ser superados. A fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a ter que criar individualmente respostas para os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços, o que muitas vezes leva ao adoecimento pelo trabalho desgastante e solitário.

Encontramos no SUS muitas experiências onde o “compartilhar” e o “pensar conjuntamente” promovem um ambiente de trabalho mais saudável. Se tratar de saúde é tratar também de nossas relações, começamos, assim, por tecer uma rede viva que sustenta nossas ações. Nesse caminhar vamos substituindo o esforço individual de algumas pessoas por uma outra forma de trabalho em rede. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares implica, necessariamente, na construção e fortalecimento das equipes de trabalho para que possam coletivamente planejar, gerir e avaliar suas ações, ampliando o grau de comunicação entre os diferentes atores envolvidos.

As equipes de trabalho devem funcionar como “nós” que se comunicam entre si, constituindo uma rede dentro de um mesmo serviço, criando formas democráticas para planejar e avaliar o trabalho. O fortalecimento de uma equipe de trabalho deve caminhar em direção de outras equipes, ampliando e qualificando as suas ofertas na medida em que consolidam uma rede integrada e cooperativa.

A rede-equipe não é um sistema comunicacional típico de um modo de trabalhar técnico-burocrático, verticalizado. Ela é característica de um sistema de múltiplas conexões, em várias direções, que amplia nossa capacidade de criar e transformar os processos de trabalho, aumentando espaços de negociação entre todos os que participam de uma equipe de trabalho e, também, entre as diferentes equipes de trabalho de um serviço.

Se pensarmos num hospital, por exemplo, o funcionamento de cada área, os resultados de cada equipe clínica, cirúrgica, de oncologia, seja do que for, estão conectados e dependem de outras equipes: do laboratório, do hemocentro, do almoxarifado, da lavanderia, da área de diagnóstico por imagem, da nutrição e dietética, da manutenção, da limpeza, etc.

Sujeitos inseridos em equipes de trabalho alteram o rumo de seu isolamento, de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e pela quebra das alianças. Uma equipe se constrói na dimensão concreta das práticas, no que acontece no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde, que se desdobra numa construção em rede e constitui um mundo comum.

Pertencendo a uma equipe, podemos entrar em contato com o que é diferente entre nós, de tal maneira que algo se passa na fronteira entre um profissional e outro, entre um enfermeiro e um terapeuta ocupacional, ou entre um psicólogo e um médico. Algo se passa entre eles que os obriga a sair de seus lugares de saber e de poder. Na equipe-rede as fronteiras disciplinares são instáveis, móveis. A equipe é de fato uma rede quando experimenta práticas transdisciplinares. Muitas experiências novas são criadas nas fronteiras móveis entre os profissionais, como quando um médico, em parceria com um psicólogo, desenvolve a habilidade de trabalhar com grupos de discussão com usuários de determinada medicação; ou quando um enfermeiro, com um terapeuta ocupacional, cria oficinas com familiares de crianças que vão sofrer cirurgia cardíaca.

A equipe-rede-transdisciplinar torna as fronteiras entre os saberes disciplinares instáveis, produzindo um campo de conhecimentos comuns a partir do compartilhamento, sem perder a especificidade de cada profissional com o núcleo de saberes que lhe dá identidade. Desta forma, permite que outros modos de trabalhar sejam possíveis. Esse modo de funcionamento rompe com as fronteiras rígidas que marcam, muitas vezes, uma maneira de agir nos estabelecimentos de saúde. Aqui, o que se privilegia é a relação entre os diferentes trabalhadores (gerentes, coordenadores, enfermeiros, médicos, etc.), o que quer dizer privilegiar as redes. Quando fixamos territórios disciplinares, de forma que os profissionais não conversam, não trocam experiências, funcionando de uma forma hierárquica e burocrática, podemos dificultar a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em coletivos-rede.

Nas unidades de saúde, este rompimento de fronteiras entre saberes se efetiva quando há aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada equipe e entre as diferentes equipes. Este movimento de ampliação da comunicação e da cooperação não deve se reduzir, entretanto, às equipes dentro de um mesmo serviço. Por mais fortalecidas que estejam as equipes dentro de um mesmo serviço, sabemos que a complexidade de muitas demandas exige que este movimento de grupalização se amplie para além de cada serviço em particular. Estamos falando da construção de redes de atenção em saúde!

3) Os serviços e a rede de atenção

Qualquer serviço de saúde, por mais complexo que seja, não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos. Esta tarefa depende de muitos saberes e práticas para que a clínica e a saúde coletiva se dêem de forma ampliada e contínua, e muitos outros ainda podem ser necessários para lhe dar suporte logístico.

Se pensarmos num hospital como um “nó” da rede de atenção do SUS de uma dada região, ele precisa se conectar com outros “nós”, que são outras unidades de saúde da região ou macrorregião, para cumprir com suas responsabilidades. Por sua vez, estes outros “nós” só existem em função uns dos outros. Chamamos interdependência a este tipo de relação numa rede de saúde, onde múltiplos saberes e práticas são necessários para que melhores resultados sejam obtidos.

A interdependência que existe entre os distintos serviços para a produção de saúde não isenta nenhum deles de suas responsabilidades sanitárias. Se pensarmos numa região intermunicipal ou metropolitana, é fundamental que se defina quem faz o quê. Uma mulher que engravida precisa saber onde pode fazer o pré-natal, se seus exames laboratoriais, ultra-som e outros serão realizados, em que hospital terá seu filho e, se

houver uma intercorrência que exija seguimento especializado, quem o fará. Isto implica em que haja mapeamento de recursos disponíveis, pactuação destas responsabilidades sistêmicas e cooperação entre os serviços/equipes. Não há pactuação capaz de antecipar todos os imprevistos que ocorrem no campo da saúde - que são diversos e freqüentes, exigindo muita flexibilidade, solidariedade e alta conectividade entre os “nós” da rede de atenção à saúde.

A forma como os serviços entram em relação uns com os outros faz toda a diferença. É possível que serviços definam suas responsabilidades de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação. Porém, à medida em que consigam se perceber como complementares, compreender suas finalidades de produção de saúde no SUS, de produção de autonomia/sujeitos e da sustentabilidade necessária a esta política pública, e que passem a estabelecer trocas (discussão dos casos, apoio matricial, co-responsabilização pelas pessoas em sofrimento/seguimento), afetando-se uns aos outros, estes serviços poderão ter maior potência no seu agir, maior agilidade na tomada de decisões e atuação em tempo mais adequado, diminuindo o sofrimento e mesmo mortes.

É só pensar num acidente em que as vítimas estão gravemente feridas e na cadeia de eventos necessários, desde o aviso ao 192 por um transeunte qualquer, a presteza do serviço de remoção/socorro, a orientação da central de vagas que orienta para onde levar, como estão os Prontos-Socorros naquele momento, o diálogo sobre a situação entre SAMU e Pronto-Socorro e depois de quem presta o atendimento hospitalar com a ação de vários profissionais com múltiplos saberes, etc. Diminuir o sofrimento destas pessoas e de sua rede social significativa (familiares, amigos, etc.), diminuir as seqüelas e óbitos evitáveis, são resultados coletivos.

Quanto maior for a interação entre estas pessoas/equipes/áreas/serviços, quanto menores as fronteiras do saber e de poder entre eles, maior a probabilidade de desenvolvimento de modos de trabalhar que promovam maior impacto, melhores indicadores de saúde, soluções mais criativas, maior satisfação com o trabalho, tanto por parte do trabalhador como dos usuários e gestores.

Há que se refletir que, para a maioria da população, a relação com o hospital para internação e com o SAMU para remoção são eventos isolados durante a vida. Um número muito maior de pessoas precisa ter o direito de acessar um serviço de saúde onde estabeleça outro tipo de relação, onde cada pessoa possa ser matriculada e vincular-se a uma equipe de saúde e ter seu seguimento quando portadora de alguma condição crônica (gestação, hipertensão arterial, diabetes, câncer, etc.), ser acolhida diante dos agravos agudos ou intercorrências desta condição.

Estamos nos referindo aos serviços da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde, que entendemos que, além de atender a estas demandas das pessoas/coletivos de um dado território, devem ainda coordenar as ações de cuidado, não se desresponsabilizando quando não têm recursos tecnológicos para resolver a situação, compartilhando-a com outros “nós” da rede.

O apoio matricial dos serviços especializados (especialidades médicas, fisioterapia, nutrição, saúde mental, etc.), dos serviços de emergência, de internação hospitalar e da Vigilância em Saúde é imprescindível para que haja resolutividade da maioria dos casos na Atenção Primária.

As Unidades Básicas de Saúde, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, ao se conectarem com outros “nós” do território em que atuam e para além-fronteiras, ampliam as possibilidades de viabilizar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, articulando ações individuais e coletivas, incluindo a singularidade de cada lugar, com suas histórias, seus problemas, seus recursos, suas relações de poder. São muitos outros “nós” fazendo parte das redes de saúde nos territórios do viver e conviver, estimulando recursos não-convencionais de solidariedade, cooperação e criatividade, produzindo saúde e cidadania.

A estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como o programa dos Territórios de Cidadania do Governo Federal, apontam nesta direção.

Para que distintos serviços possam experimentar estas interações, co-construindo projetos terapêuticos e projetos de saúde coletiva, se co-responsabilizando de forma complementar por um dado território, precisam criar arranjos de co-gestão.

Para além do compartilhamento no cotidiano das equipes, a instituição da gestão colegiada entre os atores sociais de uma dada região, onde todos os serviços e segmentos estejam representados sem hierarquia de um sobre o outro, pode ampliar a eficácia e efetividade das redes de atenção, re-significando o SUS para gestores, trabalhadores e usuários, valorizando a vida de todos e de qualquer um.

Não se trata apenas de construir redes no território, mas considerar que as redes inventam/criam o território.

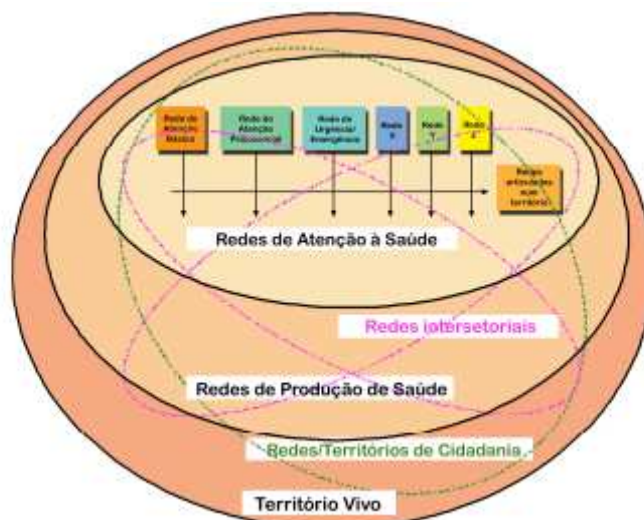


Figura 2 - Redes e Território

4) Redes e Territórios

A organização em rede se espalha horizontalmente. Ela é, portanto, totalmente diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância entre os que a compõem. Há diferentes tipos de poder, diferentes tipos de responsabilidade e funções diversas. Mas todos os seus membros estão no mesmo nível, em termos de poder. Esta seria uma inovação importante para a atenção e para a gestão do SUS: serviços e pessoas com responsabilidades diferentes, com diferentes tipos de poder e com diferentes funções sem que estas diferenças servissem para hierarquizá-los, para colocá-los em uma escala de valores.

Há algo a superar e algo a incorporar na produção de redes. Se nossa análise priorizar os aspectos normativos, vamos concluir que há um novo entulho autoritário a ser removido; se priorizarmos os níveis de complexidade, concluiremos que o conceito de complexidade não cabe naquele referencial. Por último, a análise de uma rede de saúde em territórios remete à necessária problematização dos efeitos da localização de serviços de saúde sobre o acesso, a equidade, a qualidade dos serviços e sobre o próprio território.

A gestão em redes pressupõe a conexão entre diferentes, uma capacidade simultânea de produção da heterogeneidade e da produção do comum. A localização dos serviços de saúde em um território tende a seguir este “acontecer hierárquico”. Visualizamos um sistema hierarquizado com serviços de maior complexidade nas cidades maiores ou, dentro delas, no centro. Já os serviços dos pequenos municípios ou das periferias das cidades maiores das regiões também reforçam este imaginário quando contribuem para a desvalorização deste lugar no espaço.

A potencialidade do conceito de rede na configuração de redes assistenciais está exatamente no reconhecimento de que há convivência das duas lógicas, há verticalidade e há horizontalidade.

Para Teixeira (2005),

O que devemos, portanto, nos perguntar é se nossas redes, em seu trabalho afetivo, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da “multidão”, isto é, a própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso porque, mais do que nunca, o que está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político, como desafios maiores para nossa humanização.

A potência do conceito de rede é ampliada quando leva à produção de melhores encontros. Por melhores encontros entendemos não o encontro que busca a homogeneidade, mas o encontro de diferentes que produz um comum mantendo a singularidade. Assim são os encontros de hospitais e serviços da Atenção Básica em um território ou o encontro da equipe de saúde de uma unidade de produção.

Apostar nestes encontros parece mais promissor que tecer redes entre pessoas ou instituições com identidades mais marcadas, como seriam as redes de profissionais da mesma categoria ou as redes de hospitais, redes de Atenção Básica, rede de serviços de urgência, de Saúde Mental, entre outros.

O encontro de sujeitos e de instituições marcadas pela identidade deveria ser a preparação para o trabalho em rede, para o encontro com o diferente, com o que complementa, seja no trabalho da equipe, seja em um território.

Desta forma, procuramos ficar com as duas lógicas: não desconsiderar que é necessária a articulação entre os iguais, mas que é necessário reconhecer e provocar a articulação entre os diferentes, processos que se dão em territórios. No nosso caso, está posto o desafio de gerar um discurso menos “pasteurizado” a respeito da gestão em rede.

A rede temática ou por identidade não é o lugar da novidade. A novidade é a gestão de “pontos” dos vários temas e de seus fluxos (redes territoriais), e é verdade que as redes territoriais alteram os territórios.

Assumir, se for o caso, que mudar o paradigma da gestão tradicional para a gestão em redes tem implicações: apoiar processos que se diferenciam ao assumir características dos lugares ao mesmo tempo em que mantêm adesão a princípios e diretrizes gerais. Seria coerente com o pressuposto de que incorporamos o conceito de rede para aumentar a horizontalidade e lateralidade.

A regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais podem se constituir em espaços da produção de redes; é na região que, concretamente, a rede de saúde existe. Ao mesmo tempo, a rede de saúde produz território e, especialmente, produz valores para os lugares. É urgente reconhecer que o processo de descentralização gerou um certo isolamento dos municípios, situação que precisa ser revista. Para tanto, é necessário analisar as redes produzidas com os referenciais que queremos superar e a produção de novos referenciais para a gestão em redes.

O investimento mais urgente da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS é o de propor desenhos que potencializem a produção de redes quentes. Reconhecer que há o tema, a disciplina, uma identidade que necessita ser aprofundada e qualificada (é necessária a formação para que as emergências atendam cada vez melhor, é necessária uma articulação e uma coordenação das urgências para que se aproveitem experiências acumuladas, se compre o melhor material, para que elas se diferenciem dos outros equipamentos), mas é necessário mais: é necessário que este equipamento, com esta identidade, trabalhe com outros, com outras identidades. Esta é a novidade do conceito de rede.

Referências Bibliográficas

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações, pp. 49-61. In R Pinheiro e RA Mattos (org.). *Construção da integralidade - cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMSUERJ- Abrasco. Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *Humanização e Atenção Primária à Saúde*. Ciênc. saúde coletiva, 2005, vol. 10, no. 3, pp. 585-597. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt (último acesso em 13/01/2009).

PASSOS, Eduardo e BARROS, RB. “Clínica, política e as modulações do capitalismo” in *Lugar Comum*, RJ, ISSN 14158604, n. 19-20, jan-jun de 2004, pp. 159-171.

WHITAKER, Francisco. Rede - uma estrutura alternativa de organização. In *Mutações sociais*, publicação trimestral do CEDAC. Rio de Janeiro, Ano 2/nº3/ março/abril/maio de 1993.

AMBIÊNCIA

Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1137-5

O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS. O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do Sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar! Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação dos diferentes dispositivos com que operamos. As “Cartilhas da PNH” têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Ambiência: humanização dos “territórios” de encontros do SUS

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas - cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...-, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades - encontro de sujeitos - por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

A Confortabilidade

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Relato 1: Quando uma das paredes de uma enfermaria pediátrica foi pintada de amarelo “ouro” e as demais harmonizadas com cores quentes e frias, quebrando o ambiente monocromático e sem expressão, percebeu-se que as crianças responderam positivamente sendo estimuladas pelas cores - o local acabou por se constituir num ponto de atração dentro da enfermaria.

Relato 2: Em outra situação, enfermeiros observaram que em uma enfermaria de três leitos o paciente que ficava no leito do meio sempre tinha mais dificuldade de recuperação. Tal fato era atribuído à falta de privacidade, já que os pacientes do canto sempre tinham a possibilidade de se voltarem para as janelas.

Esses são alguns exemplos que mostram a contribuição de elementos que serão colocados a seguir:

- Morfologia - formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;
- Luz - a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e as sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo - dia e noite, chuva ou sol - e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;
- Cheiro - considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;

- Som - podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e, controle, alguns ruídos;
- Sinestesia - diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;
- Arte - como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;
- Cor - as cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
- Tratamento das áreas externas - este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de 'estar' de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descreveremos mais adiante. Podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai chi, etc.) tanto para trabalhadores como para usuários;
- Privacidade e individualidade - a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade, refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade;
- Confortabilidade - também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências. A concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se que ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.

Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. Deve-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que

contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Espaço de encontro entre os sujeitos

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades.

A construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade.

Quando se concebe uma nova ambiência, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações. Os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas, e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança. Assim, as áreas de trabalho além demais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

Ao falarmos de produção de sujeitos, nos referimos à incorporação também dos que atuam na ponta do serviço - como enfermeiros, médicos, recepcionistas, entre outros - para discussão e construção do projeto, uma vez que estes podem dar mais detalhes do que funciona e do que atrapalha no andamento das atividades nas unidades. Lembrando também que estas pessoas muitas vezes trazem para a discussão a opinião dos pacientes - suas maiores reclamações ou, então, a indicação do tipo de ambiente em que se sentem melhor.

Por exemplo, ao pensarmos nos espaços das unidades de urgência e emergência, de acordo com a atenção por nível de gravidade - preconizada pelo Ministério da Saúde na Política de Qualificação da Atenção e da Gestão para Urgência e Emergência -, observamos que esses espaços são organizados de modo a agrupá-los por setores, de acordo com o atendimento dos pacientes graves e dos aparentemente não graves.

Para essa nova concepção de modelo de atenção e gestão, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só é possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho. A simples composição por ambientes compartimentados, como preconizado até agora pela normatização, não é suficiente para atender às necessidades para a qualificação pretendida da atenção e da gestão nesses espaços e situação (ver anexo A).

As Unidades Básicas devem ser pensadas de maneira a promover os encontros entre trabalhadores e entre estes e a comunidade usuária.

São equipamentos urbanos de referência nos bairros e reconhecidos, pela comunidade, pelos seus valores de uso, por isso devem estar totalmente integrados ao entorno. A integração poderá ser iniciada com concepções arquitetônicas que excluam muros, grades ou alambrados, criando-se ambiências de acesso compostas por praças, por exemplo. Esse é um processo de integração e abertura do acesso a esses equipamentos

que deve ser construído e pactuado entre a equipe trabalhadora e a comunidade usuária.

Por outro lado, em espaços/construções que já existem e estão concebidas em estruturas físicas mais fechadas, mais isoladas, mais rígidas, salientamos a importância dos gestores locais atentarem para a possibilidade de alguma mudança, certamente sempre possível, não necessariamente dentro de grandes reformas físicas, mas em termos de adaptações discutidas com a ajuda dos técnicos que têm tratado dessa questão da arquitetura e ambiência na área da Saúde.

A arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho

A ambiência discutida isoladamente não muda processo de trabalho - uma vez que este também se relaciona com a postura e o entendimento desses processos e práticas já instituídos e adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores do setor Saúde -, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciam esse processo de mudança.

Pode ser instrumento de construção do espaço a que aspiram os trabalhadores de saúde e os usuários, com garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar e prevenção de acidentes biológicos, se constituindo em um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

Vejamos o relato de uma outra experiência: (3) A enfermaria da ortopedia foi reformulada contemplando todos os ambientes necessários para a atividade a que se destina, porém concebendo e organizando o espaço de uma maneira diferente: os dez leitos que anteriormente se dividiam em três quartos, com espaços fragmentados, pouco otimizados e que inviabilizavam a presença do acompanhante, hoje estão dispostos em um amplo salão, ao redor de um posto de enfermagem central - separados por cortinas divisórias, propiciando tanto a privacidade dos usuários e seus acompanhantes, como a vigilância e fluidez ideais para o trabalho da enfermagem.

A otimização do espaço possibilitou o trabalho com uma equipe única e multiprofissional, além de ter ampliado o espaço de acomodação, possibilitando a presença de acompanhantes. Foi também desenvolvido um trabalho com cores e arte, que tornou o ambiente acolhedor e menos estressante. Essas transformações conceituais somente foram possíveis devido à participação dos trabalhadores e usuários no processo de discussão e construção do projeto.

A ambiência e suas interfaces com outros dispositivos da PNH

Trabalho com equipe de referência - historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção nas doenças, nos procedimentos e nas tarefas, e não nos objetivos comuns de trabalho. Além de a organização do processo de trabalho em saúde ser a partir das profissões, valorizando o poder corporativo e estimulando a luta por territórios. Dessa forma, o conceito de ambiência deve contribuir para repensar esse processo, favorecendo a integralidade da assistência com a preocupação da atenção por avaliação de necessidades e níveis de complexidade.

A arquitetura contribui, assim, ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, em vez de apenas compartimentos com usos específicos que

consolidam verdadeiros feudos nos espaços de saúde - a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.

Na Atenção Básica - esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, como, por exemplo, os espaços de acolhimento da entrada, as áreas de encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Temos cada vez mais reafirmado a importância de se criar/adaptar espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes.

Visita aberta - faz-se necessária a incorporação nos projetos, de espaços que sejam capazes de acolher os visitantes. É importante que o visitante não seja mais recebido por um portão gradeado e com horários rígidos de visita, mas que exista para ele um espaço de espera - uma recepção e um ambiente de escuta. O espaço pretendido se difere muito dos acessos que tem hoje o visitante na maioria dos serviços - que muitas vezes são extremamente frios e degradados. É importante, também, que tanto o visitante quanto o acompanhante tenham acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros. Podemos pensar também em salas onde o paciente, em condições, possa receber visita fora do leito.

Direito a acompanhante - não basta garantir o direito a acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades. Por exemplo: nos prontos-socorros, nos SADT (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico), nas enfermarias, nas esperas dos centros cirúrgicos, nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva), etc., de maneira que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música.

Informação, sinalização e acessibilidade - os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, e também facilitação física para acesso, que não excluam pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas, ou ainda que não saibam ler, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções. Essa comunicação já deve começar no entorno, na cidade, nos próprios territórios de áreas de abrangência de unidades básicas locais, implementando e informando sobre vias de acesso com fluxos fáceis e adequadamente orientados aos diferentes serviços, com sinalizações capazes de conduzir os usuários a caminho dos equipamentos de saúde.

O trabalhador nos serviços de saúde - é importante que as áreas de apoio para o trabalhador - como estar, copa e banheiros - estejam bem locadas, seja em número suficiente e para todos os profissionais. As áreas de apoio como lavanderia, farmácia, almoxarifado, serviço de nutrição e dietética, central de esterilização de materiais, laboratórios e outros, além de adequadas funcionalmente, devem propiciar espaços de trabalho prazerosos.

Respeito à cultura e às diferenças - os espaços de saúde têm peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser consideradas. É preciso considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando. Vale lembrar que existem preconceitos referentes à concepção dos espaços da saúde que muitas vezes refletem uma cultura social dominante, em que o arquiteto e um pequeno grupo dirigente intervêm e decidem sobre a configuração espacial de um edifício pautando-se muito mais em seus

próprios conceitos, nas regras e normas padronizadas, do que no estudo do cotidiano da Instituição.

Acolhimento - o acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores - equipes - e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já mencionadas.

Refere-se também à utilização de mobiliários que sejam confortáveis e suficientes e que estejam dispostos de maneira a promover interação entre os usuários, em balcão baixo e sem grades, que não sejam intimidadores, que possibilitem o atendimento do paciente sentado - principalmente os cadeirantes - e que de alguma maneira permita privacidade ao usuário que chega ali para falar do seu problema, sem que os demais ouçam. Não podemos esquecer também de equipamentos que permitam a informação ao usuário em espera.

No âmbito do pronto-socorro, falamos do acolhimento com a Classificação de Risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A Classificação de Risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido, é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e da organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência.

Nas Unidades Básicas, o acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta, e é identificada a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e o direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia do atendimento. Esse espaço deve ser adequado considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto tanto para usuários quanto para os profissionais que o recebem.

É importante ressaltar, no entanto, que não se pretende esgotar o assunto, nem criar normas ou estabelecer parâmetros rígidos, sendo que estas considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local, diferentes demandas e poder de criação do arquiteto.

Ambiência nas urgências e emergências: algumas peculiaridades, seguindo os pressupostos da atenção por nível de gravidade: o acolhimento e a classificação de risco. Para a organização das funções e facilidade de entendimento, o espaço identificado e setorizado por cores torna-se uma ferramenta eficiente de sinalização, podendo ser caracterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento.

O EIXO VERMELHO: no eixo vermelho propõe-se uma direcionalidade que se relaciona com o cuidado do paciente grave com um agrupamento composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

Área vermelha: nesta área está a sala de emergência onde muitas vezes a ambiência não é considerada, uma vez que se pretende o atendimento de alta gravidade e a

tecnologia é colocada como único elemento que compõe o espaço. Porém, questões de cor, cheiro, luz e aeração são importantes principalmente para o trabalhador que vivencia esse espaço sob grande estresse. Devem ser considerados também, próximos à emergência, espaços de apoio - estar e copa -, para os trabalhadores.

Boxes especiais para procedimentos invasivos ou para atendimento de crianças constituem ferramenta importante para a otimização de recursos tecnológicos, melhora do padrão de assepsia e evitam situações constrangedoras e traumáticas. É importante nessa área uma ligação e comunicação eficiente com o espaço prévio de acolhimento, garantindo a informação aos acompanhantes sobre a situação dos pacientes que aí se encontram, uma vez que esta é uma área de recuperação da vida e intervenção, não sendo adequado à presença do acompanhante.

Área amarela e área verde: são compostas por sala de retaguarda (para pacientes em estabilização, críticos ou semicríticos) e sala de observação, respectivamente. Em ambas as áreas, observa-se a necessidade da aplicação equilibrada e harmônica das cores; de cuidado e tratamento com a iluminação artificial, proporcionando iluminação natural; previsão cuidadosa de mobiliários, poltronas para acompanhantes, cortinas ou divisórias; de posto de enfermagem que possibilite a visão de todos os leitos, pontos de som e TV; e de trabalhar-se o aroma.

O EIXO AZUL: é o eixo dos pacientes com menor risco. Seu atendimento é focado no acolhimento e na classificação de risco, estabelecendo-se uma metodologia para melhor entender as reais necessidades dos usuários, sejam elas de ordem físicas, orgânicas ou subjetivas, uma vez que acreditamos que a urgência também é definida socialmente. Nos casos de urgência, o usuário, por meio da identificação do risco, é imediatamente encaminhado à assistência médica.

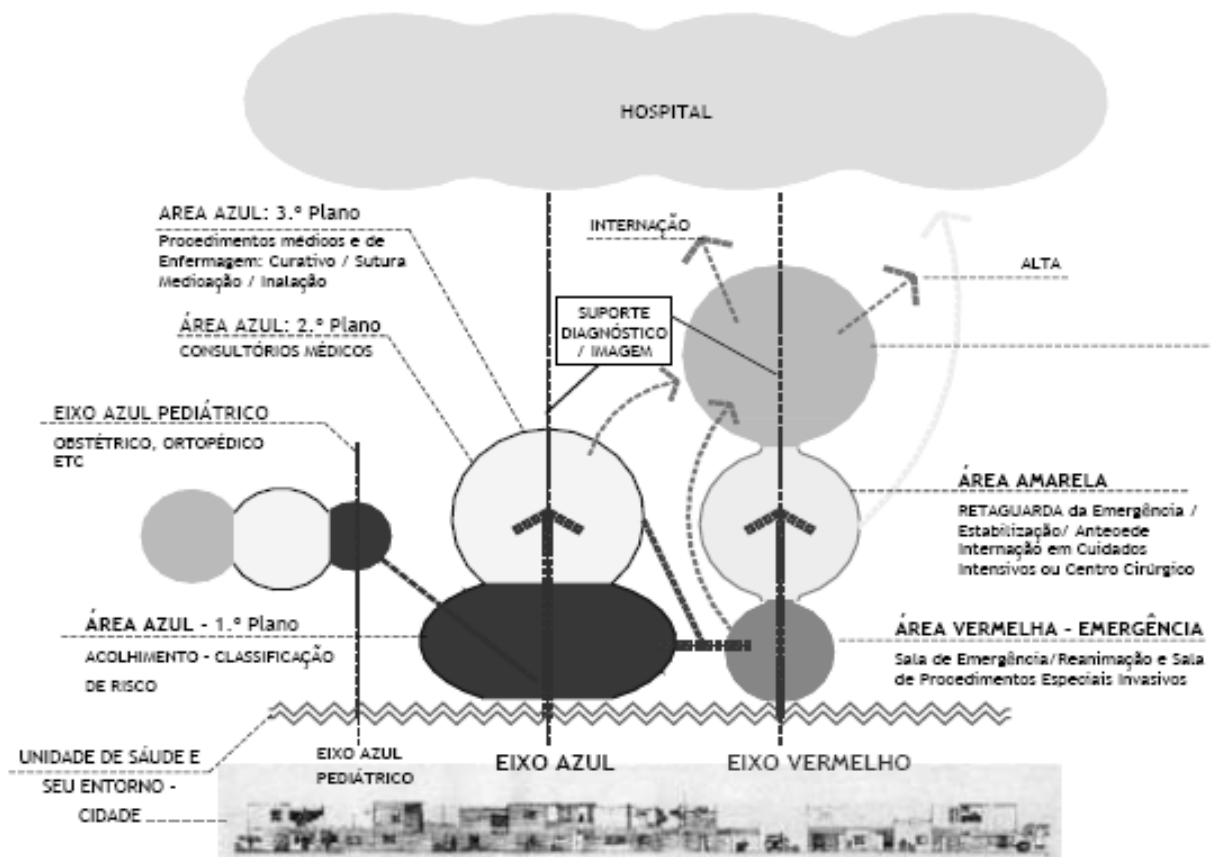
Portanto, esse eixo possui minimamente dois planos de atendimentos a ele relacionados.

Plano 1: aí estão os espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Esta área deverá ser ampla e confortável, integrada ao entorno (ligando interior e exterior), onde todos os componentes já citados sejam exaltados. Constitui-se de uma área central focada no acolhimento que objetiva a escuta das necessidades dos usuários, a orientação de fluxos e a priorização do atendimento de acordo com o grau de gravidade.

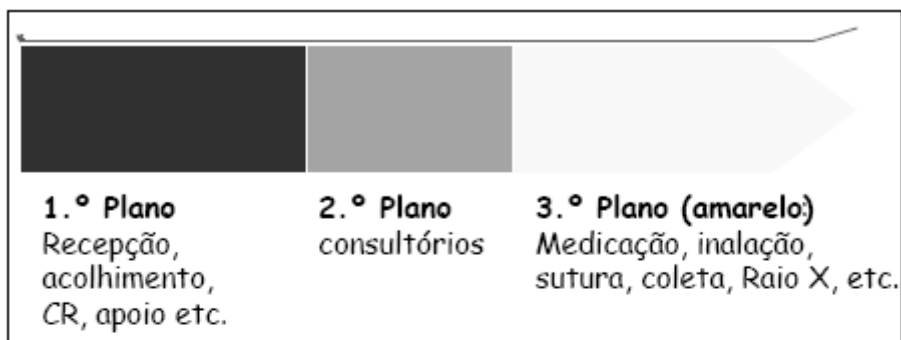
Plano 2: área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento que deve ressaltar o acompanhante presente, respeito à individualidade e necessidades do paciente, com fluxos claros, informação e sinalização.

A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do espaço. Portanto, é recomendada a utilização de cores que identifiquem as respectivas áreas e eixos, baseado no sistema adotado pela classificação de risco/vulnerabilidade. Esta utilização pode ser feita de formas variadas - as cores podem ser utilizadas em pequenos detalhes, numa faixa no piso, em uma parede do ambiente, alguma marca no teto, etc.

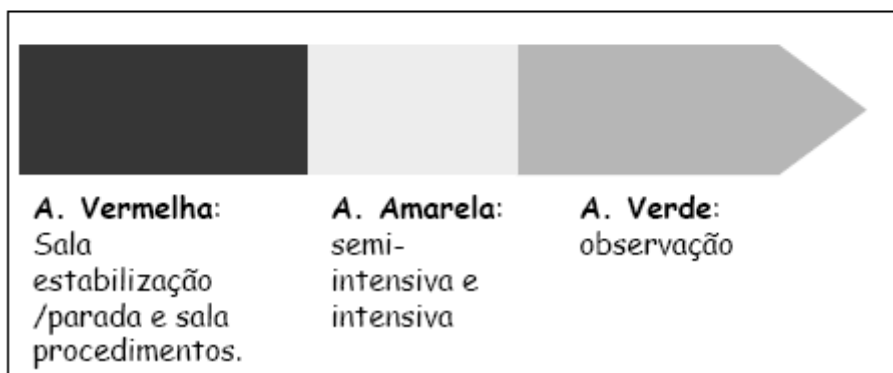
Exemplo: Diagrama - Áreas de Pronto-Socorro (Atenção por Nível de Gravidade e Acolhimento com Classificação de Risco)



Eixo Azul: Baixo Risco



Eixo Vermelho: Alto e Médio Risco



BIBLIOGRAFIA

ARNHEIM, Rudolf. Arte e percepção visual. 6. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde paidéia. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

CARVALHO, Antonio Pedro. Temas de Arquitetura de estabelecimentos de assistência à saúde.

Salvador: Universidade Federal da Bahia/Faculdade de Arquitetura, 2002.

HALL, Edward. A Dimensão oculta. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1989. Tradução de Sônia Coutinho.

JACQUEMOT, Armelle Giglio. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

JACQUES, Paola. Apologia da deriva: escritos situacionista sobre a cidade. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra, 2003.

JUNG, Carl G. O homem e seus símbolos. Tradução: Maria Lúcia Pinho. 17. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

LACY, Marie Louise. O poder das cores no equilíbrio dos ambientes. São Paulo: Pensamento, 1996.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl. 1, 2005.

VERDERBER, Stephen; FINE, David J. Healthcare architecture in an era of radical transformation. London: Yale University, 2000.

VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE

Maria Esther de Albuquerque Vilela e Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

- Visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.
- Acompanhante: representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde.

Se partirmos do conceito de clínica ampliada como “trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”, os direitos de receber visita e de contar com um acompanhante constituem componentes essenciais para a concretização dessa proposta.

Historicamente, em todas as sociedades, a comunidade sempre foi espaço de cuidados. As culturas antigas constatavam que, sem o calor de uma comunidade bem atenta, o doente não podia se curar. Então, eles o cercavam de atenção, criavam um ninho, uma qualidade de cuidados, para suscitar de novo o vivo dentro dele (RESSÉGUIER, 2003).

Partimos do pressuposto de que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade.

Nessa concepção ecológica, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo.

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente relacional que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma. O cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo do cuidar.

Com o surgimento dos hospitais e o desenvolvimento tecnológico sob a ótica biologicista, a visão do processo de adoecer foi reduzida à perspectiva do corpo como máquina defeituosa. O espaço do cuidado foi deslocado para o hospital, a pessoa internada foi isolada do convívio cotidiano e sua rede social (familiares, amigos e comunidade) foi destituída de qualquer papel no processo.

Observamos tal visão materializada tanto na planta física dos hospitais, onde não há espaço para acompanhantes nem para visitantes, quanto nas rotinas hospitalares, que também não consideram a importância dos familiares e dos parceiros (ou seja, da rede social) para o cuidado. Assim ocorre de a pessoa doente, quando internada em uma unidade de tratamento, perder parte ou toda a sua autonomia. Dessa forma, o que chegar até ela, vindo dos seus entes queridos, tem a potência de induzi-la à retomada de si e, em decorrência, contribuir para a sua reabilitação.

Como são percebidos, atualmente, a visita e o acompanhante nos serviços de saúde?

- Visita e acompanhante são vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida.
- Faltam estrutura física e profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes.
- Dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares.
- Faltam e, quando há, são muito precárias as condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar.

Por que redimensionar o espaço da visita e do acompanhante em um hospital?

- Para melhor captar os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial por ele vivido, possibilitando um diagnóstico abrangente.
- Para ajudar na identificação das necessidades do doente e, por meio de outras informações fornecidas pelos familiares, compor o quadro dos seus principais problemas, a fim de facilitar a elaboração do projeto terapêutico singular.
- Para manter a inserção social do doente durante toda a sua internação.
- Para permitir, desde o início, a integração do acompanhante e dos familiares no processo das mudanças provocadas pelo motivo da internação e das limitações advindas da enfermidade, colaborando com o doente no enfrentamento destas.
- Para incluir, desde o início da internação, a comunidade no processo dos cuidados com a pessoa doente, aumentando a autonomia desta e a dos seus cuidadores.
- Para propiciar outra ordem de relações de solidariedade e responsabilização pelo espaço hospitalar. Acompanhantes mais experientes têm demonstrado que isso é de grande ajuda, orientando os recém-chegados.
- Para a equipe orientar os membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos, que podem aprender algumas técnicas para a continuidade do cuidado em casa.
- Para permitir que a pessoa internada perceba a participação dos familiares no seu tratamento, enquanto confirmação do afeto. No caso especial dos idosos, o mesmo ocorre como forma de retribuição a tudo o que estes já deram de si. Isso corrobora a

idéia de que os laços familiares e afetivos são fortalecidos nos momentos de hospitalização.

- Para colaborar na observação das alterações no quadro clínico e comunicá-las à equipe. Não existe melhor monitor que o acompanhante atento.
- Para que a equipe de cuidados possa detectar manifestações excessivas ou condutas inadequadas ao projeto terapêutico do doente, seja por parte dos familiares ou dos visitantes da comunidade, com a finalidade de tentar influir no seu reajuste.
- Para fortalecer, na pessoa doente, a sua identidade pessoal e sua auto-estima.

Visita aberta e acompanhante: necessidades vitais

Receber de uma outra pessoa uma confirmação da própria existência é uma necessidade vital de todos nós. A visita e o acompanhante possibilitam ao paciente internado receber essa confirmação.

Quando uma pessoa é internada em um hospital, ela deixa de ter os ecos que no seu cotidiano lhe confirmavam sua própria existência. Assim, tudo o que vier dos territórios afetivos e permitir essa afirmação íntima pode contribuir para o seu tratamento.

Um sábio pensador do povo indígena Nambikwara, do norte do Estado de Mato Grosso, em certa ocasião, assinalou com força poética a importância do olhar do outro para a constituição do sujeito, ao afirmar que “a alma de uma pessoa é a sua imagem no olho do outro” (FIGUEROA, 1989).

Do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, em consequência, uma resposta mais positiva aos tratamentos.

Desdobramentos da visita aberta e do acompanhante como manutenção do contexto

- Favorecem uma continuidade entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar, para que o doente não desenvolva o sentimento de ter sido arrancado de sua vida cotidiana.
- Dão expressão vital a essa continuidade, trazendo o cheiro dos territórios afetivos para dentro do hospital, de modo a atestar o respeito da instituição à continuidade da vida das pessoas internadas.
- Criam, com a presença da comunidade no seio do hospital, as condições propícias para a expressão do autêntico da vida da pessoa internada.
- Trazem a noção de que reconhecer a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural constitui a base para a sua co-responsabilização pelas condutas terapêuticas.

O hospital como um espaço de construção da autonomia do autocuidado.

O espaço hospitalar pode ser percebido pela pessoa doente e seu acompanhante como um lugar seguro quando nele os profissionais de saúde atuam como promotores e

guardiões da integridade da vida. Experiências nesse sentido têm potência para induzir os familiares a reproduzir “em casa” as atitudes e os comportamentos recomendados, tornando o espaço residencial um lugar reabilitador, um verdadeiro ambiente de vida ajustado à situação de cuidado.

Assim, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao doente. A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, podendo até tornar desnecessárias as medidas de “reinserção social”.

Visita e acompanhante: promovendo relações solidárias e responsáveis

A experiência de vários hospitais com acompanhantes sugere ser este dispositivo um fator promotor de solidariedade.

Em um hospital onde foi implantada tal possibilidade para toda pessoa internada, havia um setor que freqüentemente apresentava problemas relacionais de diversas ordens.

Instituiu-se, então, um espaço diário de conversa com os acompanhantes, o que mudou radicalmente a atitude destes no ambiente de cuidado. De uma postura passiva e, muitas vezes, agressiva, eles passaram a ter atitudes amistosas e de cooperação para com o coletivo, cuidando da arrumação da enfermaria e da manutenção das combinações estabelecidas.

Com a dificuldade de manutenção de um profissional disponível para este bate-papo diário, ficou instituído que acompanhantes mais antigos fariam tal papel quando necessário. Essa abertura para uma co-responsabilização maior e a confiança depositada nos acompanhantes mostraram que atitudes de inclusão promovem relações solidárias e o aumento da responsabilização de todos para com os cuidados à saúde.

Visitas e acompanhantes fazem bem à saúde: orientações

Visita e acompanhante são pessoas que devem ser consideradas “elementos integrantes do projeto terapêutico”, pois possuem evidente eficácia clínica.

Para a implementação da visita aberta e a permanência do acompanhante, as seguintes orientações podem ser assinaladas:

- A inclusão das visitas e dos acompanhantes como parte do projeto terapêutico do doente pressupõe que se procure conhecer como se compõe a sua rede social e como contatá-la.
- A necessidade de visita e acompanhante não pode ser dimensionada somente pela equipe de cuidados. Sempre que possível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo e a autonomia do paciente e considerar as demandas específicas.

Visita de crianças, por exemplo, pode ser um fator importante para a reabilitação da pessoa internada.

- Alguns pacientes clinicamente estáveis podem ter necessidade do apoio de amigos e de familiares específicos. Portanto, cabe à equipe escutá-los a este respeito.

- Pacientes inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares. Uma pessoa querida pode confortar um paciente grave, em estado de coma, o que, de alguma forma, pode ser traduzido como: “estou aqui com você”.
- Deve ser verificada a adequação de locais para que os doentes em condições de locomoção possam receber os visitantes fora do leito. De igual forma, deve ser conferida a adequação do espaço do hospital para a inclusão do acompanhante.
- A flexibilidade nos horários de troca de acompanhantes deve ser observada com atitude de respeito às suas necessidades.
- A equipe multidisciplinar, para o acolhimento e a integração da visita e do acompanhante nas práticas do cuidado, deve ter sua qualidade potencializada por meio de capacitação específica para cada caso.
- No momento da visita, deve estar presente um integrante da equipe responsável pelo doente.
- As situações de tensão (entre o paciente e os seus familiares e acompanhantes ou entre o paciente e a equipe de referência) devem ser tomadas como analisadores² por parte da equipe (de preferência com apoio de profissional da Saúde Mental). Com tal medida, objetiva-se aumentar a compreensão do contexto e melhor definir qual deve ser a atuação terapêutica efetiva na gestão de conflitos e tensões.

De igual forma, deve-se adequar o ambiente hospitalar de acordo com as culturas. Com frequência, indígenas hospitalizados, por exemplo, têm a necessidade de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais (que implicam significados etnomédicos e também religiosos). Adaptar o ambiente hospitalar para que a “família” seja acolhida é uma atitude de respeito à diversidade cultural e ao grau de vulnerabilidade ampliada a que está sujeita essa população.

Vejamos alguns exemplos

O serviço de clínica médica de um hospital percebeu que certo paciente não estava recebendo visitas. Ele reagia pouco aos tratamentos. A assistente social da equipe de cuidados identificou que sua família morava distante e que isso era motivo de certa nostalgia. A equipe, então, procurou contatá-la. Certo dia, chegaram para visitá-lo seis pessoas da família, vindas de um estado distante. Pela portaria, a equipe foi informada da presença dos familiares, que tinham pouco tempo para visitar o paciente.

Foi então permitida a entrada de todos os familiares. O hospital já tinha se preparado para acolher casos especiais e todos os funcionários mantinham um olhar atento a essas situações. Tinha também adaptado um pequeno local onde o paciente pudesse receber suas visitas mais à vontade. Depois desse fato, o estado de ânimo do paciente mudou, refletindo uma resposta clínica ao tratamento. A adoção dessa postura flexível trouxe mais satisfação para toda a equipe do hospital, que passou a ver de uma forma mais integral as necessidades do paciente.

² Analisadores (naturais) são fatos que surgem como resultado da articulação de uma série de forças contraditórias e podem indicar os caminhos para a resolução de conflitos (BAREMBLITT, 1992).

A implementação do dispositivo da PNH “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” em vários hospitais do País tem demonstrado sua possibilidade e pertinência. As experiências de ampliação do horário de visita para todos os pacientes para 10 horas diárias, ou seja, de 10 ou 11 horas às 20 horas, não se esgotam em si mesmas, mas incitam a adoção de novas práticas de gestão para o acolhimento a familiares e à rede social dos pacientes.

Entre tais práticas, cabe mencionar a intensificação do trabalho em equipe/equipes de referência, a discussão e o redimensionamento dos espaços físicos e dos espaços das relações entre trabalhadores e visitantes/acompanhantes, a mudança na logística do hospital, no censo diário, na informatização da recepção e na descoberta de novas estratégias de comunicação com os visitantes.

O modo de operar essas mudanças nos remete ao envolvimento dos vários agentes com potência para que as promovam: gestores, gerentes e trabalhadores.

Numa experiência em um hospital público de grande porte que programou a implantação da visita ampliada, foram percebidas como pontos estratégicos a decisão e a participação ativa da gestão, que se envolveu nas primeiras discussões com as gerências e com alguns grupos de trabalhadores, constituindo um grupo de trabalho.

Tal grupo iniciou sua atuação com atividades de sensibilização dos vários agentes do hospital.

Foi realizada, ainda na fase inicial da proposta, uma pesquisa veiculada no contracheque de cada trabalhador, o que possibilitou incitar a discussão do dispositivo junto a todo o universo dos trabalhadores do hospital. A pesquisa partia de situações do cotidiano dos hospitais em relação ao horário restrito de visita e fazia um convite ao trabalhador para se ver enquanto usuário. As questões relacionadas à necessidade de se ampliar o horário de visita foram constatadas em mais de 90% dos questionários respondidos.

A decisão de implantação da visita aberta pelo colegiado gestor do hospital teve como consigna a construção coletiva da proposta, com a formulação de diretrizes para elaboração do plano de ação feitas a partir de rodas de sensibilização direcionadas.

Foram iniciadas oficinas para a construção da proposta de visita aberta por unidade de produção. As oficinas tinham como metodologia a problematização do tema, com momentos nos quais as resistências são acolhidas, possibilitando que as questões levantadas disparassem o debate e propiciassem o avanço para as proposições.

A construção da proposta se efetivou dessa forma, sendo que sua validação e sua aprovação ocorreram nas instâncias de decisão do hospital, inaugurando, desde esse momento, um novo modo de inclusão de familiares e da rede social dos pacientes no espaço hospitalar.

Embora tenham ocorrido discussões e resistências acentuadas dos chamados setores fechados, o resultado desse processo de escuta e problematização foi a celebração de um pacto entre essas unidades para a unificação das propostas, com a implantação da visita aberta, das 11 às 20 horas, em todas as unidades de produção, incluindo CTIs.

Merecem destaque no acompanhamento do processo de implantação:

- as rodas de avaliação-relâmpago, para ajustes da logística;
- o apoio na organização de situações específicas nas enfermarias;
- as capacitações das portas de entrada;
- o apoio da Assessoria de Comunicação para a confecção de folhetos e a realização de intervenções no serviço de som do hospital com orientações aos visitantes.

Entre as questões relevantes apresentadas nas primeiras oficinas de avaliação, as mais importantes foram:

- o afluxo muito grande de visitantes, uma vez que não se havia fixado, a priori, o número de visitantes por dia. Ficou estabelecido que seis visitantes por usuário seriam um número adequado;
- a logística pensada para a portaria, que não funcionou adequadamente, o que significou desdobramentos, incluindo reformas de área física, revisão de fluxos, entre outras ações que foram surgindo, após as oficinas de avaliação, para ajustes do processo.

O resultado de pesquisas avaliativas realizadas sinaliza para o aumento do grau de satisfação dos usuários, dos familiares e da rede social para com o hospital, bem como para o fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores - guardiões desse processo.

No processo de implementação da visita aberta e do direito a acompanhante nesse hospital, as oficinas bimensais de avaliação com metodologias interativas têm sido uma constante. Questões, problemas e propostas levantados são imediatamente transformados em ações concretas, o que produz movimento de mudança, fortalecimento de subjetividades e a certeza de que a humanização hospitalar pressupõe a adoção desse dispositivo.

Acompanhante no parto

Por princípio, o parto e o nascimento são essencialmente e a um só tempo atos fisiológicos e acontecimentos sociais, culturais e afetivos da vida das mulheres e das comunidades. Não existe, portanto, justificativa para que as mulheres permaneçam sozinhas nesse momento.

Evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor.

O apoio contribui também para que a mulher perceba o parto como uma experiência positiva na sua vida, com fortalecimento dos vínculos entre o acompanhante, a mãe e o bebê, com efeitos que geralmente se espelham no aumento da duração do aleitamento materno.

Acompanhar uma mulher no momento do parto é permitir que as suas competências naturais para condução desse processo sejam potencializadas.

Para isso, é necessário criar um contexto propício, um ambiente físico e de relações ajustado onde a mulher se sinta autorizada a viver toda a intensidade desse momento.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante todo o processo, podendo ser o marido, o namorado, a mãe, a amiga, a irmã, a vizinha ou qualquer outra pessoa com a qual ela se sinta confiante para viver tal experiência. Ele deve ser apoiado pela equipe de cuidados, para que desenvolva o importante papel de ser quem encoraja, apóia, confirma a mulher na sua vivência da experiência do parto.

Não podemos esquecer que o acompanhante é parte integrante do processo e que ele também passará por vivências fortes muitas vezes.

Quando o acompanhante é o pai da criança que vai nascer, a experiência pode ser fundamental para ajustamentos na sua relação com a mulher e o bebê. Muitos depoimentos de pais que acompanharam o processo do parto e do nascimento de seus filhos revelam maior participação dos genitores nos cuidados com os recém-nascidos e na valorização de suas mulheres.

Atualmente, o direito à presença de acompanhante no parto é uma conquista, regulamentada pela Lei n.º 11.108, sancionada em 7 de abril de 2005, razão pela qual cabe às maternidades o ajuste do olhar para esse novo integrante, redimensionando o espaço físico e a abordagem da equipe no sentido de potencializar a sua presença.

Algumas dicas para as maternidades

- Para se ter acompanhante no parto há que se propiciar um ambiente de privacidade no pré-parto, que pode ser feito com biombos ou cortinas, em caso de espaço físico reduzido.
- Deve-se construir, contíguo ao ambiente de pré-parto, quando possível, uma área verde ou criar um pequeno jardim. Caminhar favorece o parto e fazê-lo com o acompanhante redundante em segurança.
- É aconselhável a retirada da sala de parto normal do ambiente cirúrgico, a fim de facilitar a entrada do acompanhante.
- O acompanhante pode ser um grande aliado dos profissionais do cuidado no encorajamento à mulher no momento do parto. Para isso, é fundamental que ele seja informado de todo o processo e que suas questões sejam consideradas e entrem em pactuação.

Quando for preciso, a equipe deve ajudá-lo a se integrar à cena do parto, incentivando-o a dar apoio físico e emocional à mulher.

- Cursos e reuniões estabelecidos como requisitos podem constituir barreiras que limitem a participação de acompanhantes que não têm condições de comparecimento.

São as atitudes de reconhecimento e inclusão pelos profissionais do hospital que induzem a responsabilização do acompanhante, facilitando eventuais ajustes de conduta de acordo com a situação.

A PNH e a ressignificação do acompanhante e da visita aberta

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteadas na interação com o contexto de vida do paciente.

A história da instituição hospitalar é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. Tais normas há muito não são questionadas e nem revistas.

No entanto, com o re-conhecimento do direito a acompanhante e a visita aberta nos hospitais privados, um outro cenário se apresenta à realidade no SUS.

A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do “locus hospitalar” como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização.

Forte Apelo

Para cuidar de alguém
No momento da enfermidade
Precisamos do calor
De toda a comunidade,
Dos amigos, da família,
De muita fraternidade

Por isso preste atenção
Naquilo que vou falar
Visita é uma coisa séria
Ajuda o doente a curar
Faz ele ficar ciente
Do que acontece no lar

Quando a doença pega
A pessoa desprevenida
Perdemos a confiança
Ficamos frágeis na vida

Tudo fica diferente:
Passamos a ser doente

A casa fica distante
E tudo o que se fazia
A vida muda bastante
Parece ficar vazia
Ficamos sem paciência

E também sem alegria

Mas quando, no hospital,
Chega a hora da visita
Vem um clima diferente
E a gente acredita
Que tudo vai melhorar,
Que a vida vai ser bonita

A visita dos parentes
E dos amigos distantes
Dá força pra levantar
Tocar a vida adiante

Sentindo que essa presença
Nos deixa mais confiantes

A gente se sente melhor
Dá vontade de comer
Falar das coisas da vida
Do que cerca o seu viver.
Então já não sou só doente
Tenho um nome, sou um ser.

Tenho um nome, SOU UM SER...
Que tem sua própria história
E posso mostrar pras pessoas
Toda a minha trajetória
E tudo o que sei e sou

Faz parte do meu viver!

Se o parente não chegou
Na hora do combinado
Pegou o caminho errado
Chegou um pouco atrasado
Não tem por que não entrar
É preciso entender

Que não foi caso pensado
Outra coisa é o horário
Que é sempre muito pouco
Pra tanto o que se falar
Pra tanto tempo distante
Seria muito melhor
Que tivesse acompanhante

Pra ajudar nos cuidados
E pra fazer companhia
Vigiar quando preciso
Sei que é muita correria
Não tem por que dispensar
Esse apoio dia-a-dia

Digo então pros hospitais

Como doente que fui:
Visita nunca é demais
É força que contribui
Pro enfermeiro ou doutor
Aliviar minha dor

Por fim, quero dizer
Reforçando o meu recado:
No plantio da semente
Deve o chão tá preparado
Senão tem um grande risco
De nascer atrofiada

Meus amigos, meus irmãos
Que trabalham na saúde,
Preparem o coração,
Mudem de atitude,
Acolhendo os visitantes
De forma ampla, afinal

Que os serviços de saúde
E toda gente envolvida
Possam ser os guardiões
E os promotores da vida
Adotando a visita Aberta no hospital.

Referências Bibliográficas

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 51-67.

FIGUEROA, A. L. G. Comunicação intercultural em saúde. Subsídios para uma ação social em educação indígena. Dissertação (Mestrado em Ciência da Comunicação) - Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 1989. 275 p.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Rev. Latino-am. Enfermagem [s.l.], v. 13, n. 5, p. 663-669, set./out. 2005.

RESSÉGUIER, J. P. As bases da reabilitação integrada. Colóquio de Florença, 2003.

_____. Bases de aplicação prática da Reabilitação integrada. Anais do Congresso Internacional IMR, Florença, 2003. [s.l.]: Ed. IMR, 2004.

GRUPO DE TRABALHO HUMANIZAÇÃO

Raquel Teixeira Lima/Stella Maris Chebli
Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. -
Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde.

O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A PNH não é, para nós, um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

Para nós, então, o HumanizaSUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que identificamos e queremos multiplicar. Daí a importância da função multiplicadora das “Cartilhas da PNH”. Com elas, esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam. Pretende discutir também as relações estabelecidas entre eles, e de que maneira esse serviço pode funcionar para melhorar o processo de trabalho e a qualidade da produção de saúde para todos.

Todos podem participar desse grupo, sejam profissionais da saúde, técnicos, funcionários, coordenadores e também usuários. Participam todos os interessados na construção de propostas para promover tanto ações humanizadoras, que melhorem o cuidado em saúde, quanto as inter-relações das equipes e a democratização institucional na unidade de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos estores nos GTH mostra que dão grande importância à construção coletiva da política pública de saúde.

A idéia é instituir uma parada, no trabalho cotidiano que inaugure uma diferença, um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos têm o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de propor mudanças no funcionamento do serviço e nos modos de gestão. É um espaço para aproximar as pessoas, para compartilhar as tensões sofridas no cotidiano, as

dificuldades do trabalho, acolher e debater as diferenças, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, propostas que permitam, de fato, que as melhorias desejadas aconteçam.

Algumas vezes, o trabalhador da saúde já está tão acostumado ao seu trabalho, à sua rotina ou ao seu vínculo junto à instituição que não consegue pensar em novas situações. O trabalho em grupo pode ajudar, proporcionando um ambiente favorável para buscar novas idéias e implementar propostas coletivamente. No entanto, é importante que o grupo respeite seu próprio tempo de construção, pois é necessário amadurecer idéias e laços antes de decidir o que fazer juntos.

Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão na direção das mudanças necessárias.

Nesse sentido, no GTH:

- os componentes do grupo podem experimentar alternadamente, ao longo dos encontros, algumas funções como: a coordenação dos trabalhos, a observação do andamento e dos impasses do grupo, a articulação da pauta de assuntos, o registro da reunião, etc.
- subgrupos podem se constituir temporariamente para elaborar propostas específicas de intervenção, preparar temas a serem apresentados ou para divulgar os trabalhos.
- pessoas podem ser convidadas para ajudar a refletir sobre um assunto específico ou para coordenar uma atividade particular como um trabalho corporal ou lúdico, etc.

Alguns temas podem ser interessantes para o início de um GTH:

- Como melhorar ou qualificar a prestação do serviço?
- Como é trabalhar em equipe nesse serviço? Existem equipes de fato?
- Como são as relações com os colegas de trabalho? E com os chefes?
- Qual o pior lugar para se trabalhar? E para ser atendido? O que os torna tão difícil de serem mudados?
- Como se dá a relação entre os profissionais e os familiares dos pacientes atendidos?
- Qual é o nível de valorização das contribuições (queixas, sugestões, etc.) dos usuários?
- Que projetos coletivos já existiram e foram benéficos, mas pararam, e quais estão sendo desenvolvidos e precisam ser fortalecidos?
- Como articular projetos intersetoriais interessantes para a instituição?
- Que parcerias seriam necessárias para melhorar a resolução dos problemas?
- Qual o nível de participação dos trabalhadores nas decisões do serviço?
- Que implicação existe na organização, com a comunidade, do território onde está inserida?
- Como e por quem são tomadas as decisões, e quem define as regras e normas de cada setor?
- Quais são as normas sem sentido que encontram e organiza prioridades para o debate. Não há um tempo pré-definido para a duração de um GTH, ele pode durar anos e/ou se desdobrar em outros tipos de grupos ou propor outras ações.

O GHT define uma periodicidade para os encontros e organiza prioridades para o debate. Não há um tempo pré-definido para a duração de um GHT, ele pode durar anos e/ou se desdobrar em outros tipos de grupos ou propor outras ações.

Vejamos o caminho percorrido por um GTH para constituir-se como grupo:

A direção de um determinado serviço resolveu estimular a criação do GTH e convidou alguns funcionários para que fizessem uma primeira reunião, onde seriam discutidos: sua finalidade e seus objetivos, seu modo de operar, a periodicidade de encontros e a definição de uma coordenação dos trabalhos.

Nesse primeiro encontro, um funcionário perguntou porque só alguns haviam sido convidados, o que lhe causara um certo malestar em relação aos outros colegas de trabalho. Surgiram, em seguida, algumas idéias para que a participação no grupo fosse ampliada, com a possibilidade de que pessoas interessadas tivessem acesso aos encontros.

As análises feitas pelo grupo contribuíram para a seguinte decisão, tomada por consenso: antes do próximo encontro, seria enviado (grampeado junto com o contracheque) a todos os funcionários da organização um comunicado explicando a proposta do grupo de humanização e, ao mesmo tempo, convidando aqueles que se sentissem motivados a participar da reunião seguinte. Definiu-se, então, uma dupla de funcionários que se responsabilizaria por elaborar o comunicado, imprimi-lo e fazê-lo chegar a todos.

Também foi feito um cartaz para estimular os trabalhadores a conversarem entre si sobre o tema “humanização”. Nas reuniões seguintes, muitas pessoas vieram para o grupo com expectativas muito variadas e contribuições também diversas. Alguns encontros foram necessários para construir os objetivos, esclarecer e debater o modo de se trabalhar no grupo, bem como os critérios para participação, de forma a não causar desassistência em nenhum setor.

Aos poucos, algumas características dos encontros foram se transformando: a fala, que inicialmente tinha um tom predominante de queixas, denúncias, insatisfações de muitas naturezas, deu lugar à recuperação de idéias e projetos antigos, que haviam dado certo ou eram reconhecidos como sendo importantes para usuários e trabalhadores, mas, por algum motivo, haviam sido paralisados.

Passávamos, então, para uma fase de análise da instituição, aliada à produção de novas idéias e projetos, além da recuperação de projetos anteriores considerados humanizadores. Ao longo dos primeiros seis meses de existência desse GTH, algumas pessoas se mantiveram como um núcleo mais persistente do grupo, e outros foram mudando: alguns novos chegavam, participavam de alguns encontros, e depois não continuavam.

Este é um caminho necessário e produtivo, pois o grupo mesmo vai se construindo a partir das entradas e saídas, e das constâncias. Ele vai adquirindo a sua própria cara, que é única, entre todos os GTHs existentes. Além disso, a confiança que vai

sendo paulatinamente construída em seu interior possibilita que as pessoas falem de si mesmas, do trabalho e das relações de uma outra forma.

O grau de aprofundamento de análise da realidade também era estimulado pela ação de pessoas convidadas e do próprio grupo, por meio da oferta de textos, oficinas e outros, para ampliar o conhecimento sobre questões em debate no grupo. O trabalho, ao longo do tempo, adquiriu novas faces: momentos de maior reflexão, alternados com momentos de ações práticas (pesquisas, ações concretas e focalizadas). Assim, foram surgindo propostas para melhorar a qualidade do atendimento, do acolhimento, para diminuir o tempo de espera para a resolução de problemas das áreas de apoio, para aumentar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, para aumentar o grau de satisfação de trabalhadores e usuários.

Com o tempo, foi ficando delineada a necessidade prioritária de intervir na transformação do processo de trabalho e no funcionamento do Pronto Socorro. Para isso, os gerentes implicados no PS foram convocados a participar das discussões e decidiu-se por uma maior divulgação do debate, ganhando ampla ressonância em toda a instituição.

Na mudança de gestão que se seguiu, esse projeto ganhou concretude numa reorganização do PS e mais, expandiu-se para toda a linha de cuidado do hospital, modificando toda a estrutura.