



Belo Horizonte

Junho/2011

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Assessoria de Normalização e Serviços de Saúde
Humanização

INDICE

Projeto de Ação de Humanização.....	03
Acolhimento nas práticas de produção de saúde	05
Ambiência: Humanização dos “Territórios “ de Encontros do SUS	22
Redes de Saúde : Estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS.....	32
Clinica Ampliada,.....	56
Trabalho e Redes de Saúde : valorização dos trabalhadores da Saúde	65

PROJETO DE AÇÃO EDUCACIONAL

1. Identificação do Projeto

- 1.1. Título do Projeto
- 1.2. Programa relacionado
- 1.3. Programa Prioritário/ Estruturador envolvido
- 1.4. Data prevista para implantação
- 1.5. Prazo Estipulado

2. Identificação dos Responsáveis

2.1 Instituição

- 2.1.1 Responsável
- 2.1.2 Município
- 2.1.3 E-mail
- 2.1.3 Telefone

3. Descrição do Projeto

3.1 Justificativa

3.2. Objetivos

- 3.2.1 Objetivo geral
- 3.2.2 Objetivos específicos

4. Público Alvo

5. Ação educacional

- 5.1 Local de realização
- 5.2 Período de realização (previsão)
 - 5.2.1. Início
 - 5.2.2 Término

5.3.Carga horária

5.4.Número de Participantes

5.5.Número de Turmas

6. Proposta Metodológica

7. Conteúdo Programático

8. Formas de Monitoramento/Avaliação

9. Resultados esperados

10. Parceiros

11. Bibliografia/Referência

12. Análise e Aprovação do Projeto de Ação de Humanização

Coordenador/Diretor/Gestor

Referência Técnica responsável pela ação

Assinatura

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2011.



ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Claudia Abbês Baeta Neves¹

1. O que entendemos por Acolhimento?

Acolher² é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito à, agasalhar, receber, atender, admitir (Ferreira, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- Estética porque traz para as relações e encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Nós queremos chamar 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 na reconfiguração da máquina Estatal, na dinâmica da expansão e da acumulação predatória do capital no mundo, tem produzido efeitos devastadores no que se refere à precarização das

¹ Em colaboração de uma rede de conversações com Ricardo Teixeira, Gustavo Cunha e Adail Rollo.

² FERREIRA, A. B. de Holanda. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975..p.27. 1ª ed.

relações de trabalho, emprego, e à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, alijando grande parte da população da garantia das condições de existência. O impacto desse processo, no que diz respeito às relações intersubjetivas, é igualmente avassalador, na medida em que as reduz, muitas vezes, ao seu mero valor mercantil, de troca.

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. 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 constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento 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 invenção de modos de vida; e
- A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...).

2. Como transpor estas reflexões para o campo da saúde? Ou qual o sentido destas reflexões para as práticas de produção de saúde?

Temos visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos seus dezesseis anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores de saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a conseqüente 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.

Alterar tal situação requer o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) , os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial por meio das instâncias de participação e de controle social 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 uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

O acolhimento, pensamos, é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

3. O acolhimento no SUS: um pouco de história

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer, ao falar do acolhimento, esta longa trajetória, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer sobre “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que, algumas destas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nesta definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

- convivem com filas “madrugantes” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que estes serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam.
- reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto

de trabalho é esta, ou aquela, doença ou procedimento, desconhecendo qualquer compromisso, ou mesmo negando a existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento.

- atendem pessoas com problemas de saúde graves sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, jogando por terra o esforço até então realizado.
- encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas que não conseguem avaliar e interferir nestas atividades.
- convivem, nos serviços de urgências, com óbitos na fila porque não conseguem distinguir riscos.

Esses funcionamentos demonstram a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. O objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Evidentemente que todas estas práticas não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Para superar estas dificuldades é necessário que outros saberes e técnicas sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (propiciador de alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na

porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

A reversão deste processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, onde o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, ganhem centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento onde a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente inventando-me com o outro”.

4. O acolhimento como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS.

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 ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação tecno-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

5. O Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todas os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- a valorização e a abertura para o encontro profissional de saúde, usuário e sua rede social como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- uma 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 projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária, responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- Uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

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

no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso a diversidade cultural, racial e étnica. Vejamos aqui o caso de uma usuária indígena que dá entrada numa unidade de saúde e após o atendimento e realização do diagnóstico é indicada para ela uma cirurgia (laparoscopia) urgente, a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária se recusa a realizar o procedimento, dizendo que ela não pode deixar que mexam no seu umbigo, pois (segundo a sua concepção, herança de sua cultura) este é a fonte da onde brota a vida. Se assim o fizesse, infortúnios diversos poderiam recair sobre ela, conforme acredita. Diante da recusa e frente à urgência entra em contato com o cacique ou a liderança política do grupo e, juntos, decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia. Decidem também que, antes do procedimento, o pajé ou a liderança religiosa realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, de acordo com ponto de vista da concepção de saúde da própria sociedade e cultura. Isso foi realizado e acolhido pela equipe que posteriormente teve sucesso na realização da cirurgia.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisadas:

- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- o uso ou não de saberes e afetos para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes e afetos estão a favor da vida;
- a humanização das relações em serviço;
- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;
- a governabilidade das equipes locais;
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

6. O Acolhimento com avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Na avaliação de risco e vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca de seu processo de adoecimento.

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica 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 do que outros pacientes aparentemente mais necessitados. Um exemplo disso é o caso de X. que tinha 15 anos de idade e chegou a uma unidade de saúde sozinha, andando, visivelmente angustiado, dizendo estar com muita dor na barriga. A profissional da acolhida avaliou que ela tinha condições de ficar e, depois de 35 minutos esperando, X. voltou à recepção e disse que a dor está aumentando, mas foi reconduzida para que esperasse a sua vez na fila. Depois de 15 minutos X. caiu no chão, sendo levada em seguida para o atendimento, em estado de coma, por ter ingerido veneno para interromper uma gravidez indesejada.

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

- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando-se a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar os usuários em seus problemas e suas demandas;
- Mudança de objeto (da doença para o sujeito);
- Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; e
- A operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve-se traduzir-se em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços (como prontos-socorros,

ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros), grupo este afeito às tecnologias relacionais, a produção de grupalidade, à elaboração e ao manejo de banco de dados informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social.

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Conforme esse entendimento, o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde em rede, pois em sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

7. Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde:

- Organizar as unidades de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde. Tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

- Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares, comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a Saúde Pública. A elaboração de Protocolos, sob a ótica da intervenção multi e inter-profissional na qualificação da assistência, legitimando inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e fortalecimento da equipe.

- Implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população adscrita e a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção.

- Implantar as sistemáticas de Acolhimento:
 - a) na Atenção Básica(PSF) compatibilizando o atendimento entre demanda programada e a não programada e desenvolvendo atividades de acolhimento na comunidade como rodas de conversas de quarteirão, terapia comunitária, grupos de convivência (artesanato, caminhada), entre outros;
 - b) com Classificação de Risco nas Unidades de Urgência;
 - c) nas Unidades de Atenção Especializada, flexibilizando a agenda de modo a garantir prioridade para pacientes que necessitem de agilidade diagnóstica/terapêutica e também atendimento às intercorrências, de menor gravidade, dos pacientes em seguimento;
 - d) nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT – objetivando garantir prioridade para os que necessitam agilidade diagnóstica, terapêutica.

- Adequar a ambiência das unidades para garantir confortabilidade, condição adequada e de biossegurança no trabalho, espaços para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar/social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento à pacientes críticos como no pronto-socorro, nos centro cirúrgico, nas sala de procedimentos, UTI e nas Enfermarias.
- Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e escala da equipe.
- Promover a ampliação do debate, aprofundamento teórico metodológico e a troca de experiência, mediante eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.
- Explicitar e discutir a proposta com a população e os atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e às críticas ao processo de inovação. Desenvolver campanha de comunicação social acerca do significado e importância do acolhimento como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS.

Algumas maneiras de fazer:

- Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade.
- Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e principais problemas enfrentados.
- Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.
- No adensamento do processo ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade.
- Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços.
- Identificar profissionais sensibilizados para a proposta.
- Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa.
- Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção.
- Assinalamento constante da indissociabilidade entre atenção e gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir esta produção).
-

Alguns dispositivos (tecnologias)

- Fluxograma analisador:

Diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em todo de uma certa cadeia de produção. (Merhy, 2002)

- Descrição das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços.
- Oficinas : instalação de rodas de debate que produzam o encontro das idéias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta.

- Articulação e/ou incentivo à construção de um Grupo de Trabalho de Humanização.
- Grupos focais com usuários e rede social nas unidade de saúde.
- Avaliação e classificação de risco (análise e ordenação): duas tecnologias com objetivos diferentes mas complementares. Dada a singularidade dos serviços, podem coexistir ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais dispares no processo de trabalho.

Na situação concreta do serviço algumas questões à considerar:

- 1) Como se dá o acesso do usuário, em suas necessidades de saúde, ao atendimento em seu serviço?

Alguns pontos para observar utilizando todos os sentidos (audição, visão, tato... e também a intuição)

- 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?
- O que se configura como necessidade de atendimento no serviço? Quem a define?
- O que não é atendido e por quê?
- Como você percebe a escuta à demanda do usuário?
- Do que e como a rede social do usuário é informada? Que profissionais participam desse processo?

- 2) Que tipos de agravos à saúde ao imediatamente atendidos?

- Em quanto tempo?
- O que os define como prioritários?
- Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?

3) Como é feito o encaminhamento dos casos na unidade?

- Que procedimentos são utilizados?
- Quem responde por eles?
- Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referencia e contra referencia)?
- O usuário e a rede social participam desse processo?

4) Como você percebe a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário?

- 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?
- Quais as maiores dificuldades encontradas no funcionamento por grupo-classe ou equipe multiprofissional?

5) Como são tomadas as decisões em sua unidade?

- Pelas chefias?
- Pelo Gestor geral da unidade?
- Por Colegiados?
- Como são definidas as prioridades e as necessidades de mudança no processo de trabalho? Quem participa disso? De que modos são encaminhadas?
- Como se lida com os conflitos e as divergências no cotidiano do serviço?
- Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento?
- Como são a confortabilidade e a privacidade ?
- Como são as condições e as relações de trabalho?

Referências

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. A estratégia de acolhimento na atenção básica. Salvador, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.
- CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 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. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 30.
- MERHY, E. E.; ONOCHO, R (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 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

AMBIÊNCIA : HUMANIZAÇÃO DOS “ TERRITORIOS” DE ENCONTROS DO SUS

Altair Massaro³

Flavia de Barros³

Mirela Pilon Pessati⁴

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva.

Ao adotar o conceito de ambiência para a arquitetura nos espaços da saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate 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 um a 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 reflexão da produção do sujeito – 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.

³ Consultor PNH/MS

⁴ Arquiteta da Santa Casa de Limeira



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 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 todo paciente tem direito a 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, se constitui 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 praticas 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, dentre 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.

Concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, usuário 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 obrigam 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 de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

Ao falarmos de produção de sujeitos nos referimos à incorporação também dos que atuam na ponta de 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 - preconiza 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 referencia no 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 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 tem 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 inviabilizam 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 multifuncional, 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 e 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 se 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 necessário 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 difere em muito dos acessos que tem hoje o visitante na maioria dos hospitais – 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 condição possa receber visita fora do leito.
- **Direito à Acompanhante** – não basta garantir o direito à acompanhante, é preciso que exista uma estrutura física capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades. Por exemplo: nos prontos socorros, nos SADT (Serviços de Apoio Diagnostico 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 musica.
- **Informação, Sinalização e acessibilidade** – os serviços de saúde devem contemplar projeto de sinalização e placas de informação de toda ordem, e também facilitação física pra acesso, que não excluam pessoas com deficiências visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas, ou ainda que não saibam ler, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaço e suas funções. Essa comunicação já deve começar no entorno, na cidade, nos próprios territórios de áreas de abrangência 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 e 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 adequados funcionalmente, devem propiciar espaços de trabalhos prazerosos.
- **Respeito à Cultura e às Diferenças** – os espaços de saúde tem peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhe, as diferenças regionais... Todas elas devem ser preservadas. 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 intervém e decidem sobre a configuração espacial de um edifício pautando-se muito mais em seus próprios conceitos, nas regras e normas padronizadas que no estudo do cotidiano da Instituição.
- **Acolhimento-** o acolhimento pressupõe-se 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.

REDES DE SAÚDE : ESTRATEGIA PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS

Cartilha: Redes de produção à saúde – PNH –
Ministério da Saúde

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 esses 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, por meio 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.

Com a ampliação do conceito de saúde, a construção de redes tornou-se uma estratégia que permite criar múltiplas respostas no enfrentamento da produção saúde-doença.

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 disso, 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.

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

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, por meio do desenvolvimento sustentável; 2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre essas 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 os municípios, os 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 a 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, a inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências – arranjos de cogestão 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 autossuficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade;

A construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando.

- 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 desses 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 corresponsabilizada;
- Mecanismos de cogestão 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 corresponsável, evitando sobreposição de ações e concorrência por recursos.

Dessa 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 disso 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 disso, 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 abdicar de recortes específicos de cada área ou política.

Além disso, 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 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 coanálise 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;

A rede transversal é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes.

- Capacidade de construção coletiva e compartilhada ou trabalho em equipe: nenhuma ação efetiva sobre realidades complexas é possível sem ação pactuada e corresponsabilizada. 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 da 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 as 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, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e 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 da 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 arranjos concretos que mobilizem os trabalhadores para a construção de uma ação comum, para o trabalho em equipe.

Construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde.

O compartilhamento desse conhecimento e dessa 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.

O compartilhamento desse conhecimento e dessa 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 na construção de redes e cogestão 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 consequências 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 por meio 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.

A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde.

Vejam 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 nas quais 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, a construção e o 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.

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações; refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso.

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 a outras equipes, ampliando e qualificando as suas ofertas à medida 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 deem 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, ultrassom e outros serão realizados, em que hospital terá seu filho e, se houver uma intercorrência que exija seguimento especializado, quem o fará. Isto implica a necessidade de mapeamento de recursos disponíveis, pactuação dessas

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 frequentes, 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.

A produção de saúde ampliada ocorre pela construção de sistemas integrados e pela articulação de iniciativas e ações intersetoriais

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 de 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 essas 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 nessa direção. Para que distintos serviços possam experimentar estas interações, construindo projetos terapêuticos e projetos de saúde coletiva, se corresponsabilizando de forma complementar por um dado território, precisam criar arranjos de cogestão. 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, pode ampliar a eficácia e a efetividade das redes de atenção, ressignificando 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.

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. (TEIXEIRA, 2005).

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 nesses 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. 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 em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2003. p. 49-61.

_____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em:

13 jan. 2009.

PASSOS, Eduardo; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, jan./jun. 2004. ISN 1415-8604.

WHITAKER, Francisco. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Mutações sociais*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, mar./maio 1993. Publicação trimestral do Cedac.

CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA (RESPONSÁVEL) E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Cartilha: Clínica Ampliada
Ministério da Saúde

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 do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isto, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

Mas isto pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: “cada caso é um caso”. E isto pode mudar, ao menos em parte, a conduta do profissional de saúde. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está desempregada ou não, tudo isto interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, 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 muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

A seguir, veremos algumas situações concretas.

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 resolveria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, só tinha acesso ao trabalho braçal, herança de uma história de discriminação racial e resultado da desigualdade social. 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, mesmo com acesso ao tratamento, eles não poderiam executar trabalhos braçais. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com idéia de oferecer cursos aos usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida. O serviço de saúde buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença.

O serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados, comprometendo assim a adesão ao tratamento e a eficácia.

Podemos dizer então que a clínica ampliada é:

- Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
- Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
- Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE;
- RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas - tarefa muito difícil para esses profissionais - e buscar outros conhecimentos em diferentes setores,

como no exemplo mencionado anteriormente onde o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;

- Assumir um compromisso ÉTICO profundo.

A situação citada anteriormente demonstra as implicações éticas da clínica, pois se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele teria sido cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no país.

Como se sabe, não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. Algumas destas dominações podem passar despercebidas, como é o caso das relações de gênero, dada a prevalência em alguns contextos culturais. As doenças causadas pela superexploração, condições de trabalho inadequadas ou formas de gestão autoritárias (como as LER/DORT) também são outros exemplos. A clínica ampliada exige, portanto, dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores. 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 estas causalidades externas.

E por falar de dificuldades, não podemos esquecer que às vezes o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento (exemplos são as doenças que produzem discriminação social, e os “diagnósticos” que paralisam a ação de saúde, em vez de desencadeá-la). Cabe à clínica ampliada não assumir como normal estas situações, principalmente quando comprometem o tratamento.

Vejamos outros exemplos:

1) “Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um Big-Bang para mim” (Carnavalesco Joãozinho Trinta em 1998, se referindo a um derrame cerebral).

2) “O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado por que havia escolhido a

música. Bem-humoradamente ele respondeu que é porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar... como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano.”

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a PRODUÇÃO DE VIDA. Os exemplos de Joãozinho Trinta e de Tom Jobim mostram que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites. Algumas pessoas especiais fazem isto sozinhas. Elas “aproveitam” para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas elas encontram no sofrimento e malgrado ele uma nova possibilidade de vida. Outras pessoas precisam de algum tipo de ajuda para superar o sofrimento. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas 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 esta 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 acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como “POLIQUEIXOSOS” – com muitas queixas - ou “REFRATÁRIOS”, pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Algumas dicas práticas:

A ESCUTA. Escutar 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 ele estabelece entre o que

sente e a vida. 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, e não do sujeito doente (infantilização), ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo (dependendo 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, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabetes não vai sentir-se da mesma forma, ao cuidar de um sujeito com diabetes, que um profissional que não tem este vínculo afetivo.

É necessário aprender a **prestar atenção** nestes fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. Neste processo a **equipe de referência** é muito importante, porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que dentro da própria equipe estas transferências também acontecem.

MUITO AJUDA QUEM NÃO ATRAPALHA. Infelizmente o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Vivemos, portanto, uma epidemia de 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 utilizar 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 têm 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**. O real significado 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 e para não iludir as pessoas.

EVITAR RECOMENDAÇÕES PASTORAIS⁴ E CULPABILIZANTES, NEGOCIAR RESTRIÇÕES SEM RANCOR E LEVANDO EM CONTA INVESTIMENTOS DO DOENTE.

Quem nunca viu aquele usuário que se compraz em provocar a equipe contando que não tomou a medicação ou que burlou uma dieta? Como isso acontece? Acontece que muitas vezes a equipe, acreditando que uma determinada forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os usuários sobre o que fazer e evitar. Fala muito e escuta pouco. Então, quando os usuários encontram dificuldades de seguir “as ordens” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento e gerando um neurótico círculo vicioso.

É muito importante tentar produzir co-responsabilidade e não culpa. A culpa anestesia, gera resistência e pode até humilhar. E muitas vezes é uma forma inconsciente da equipe para lidar com as limitações do tratamento e transferir todo o ônus de um possível fracasso para o usuário.

TRABALHAR COM OFERTAS E NÃO APENAS COM RESTRIÇÕES.

As mudanças de hábitos podem ser encaradas como ofertas de experiências novas e não apenas como restrições. Atividade física pode ser uma prazerosa descoberta, pratos mais adequados podem ser bons etc. Se admitirmos que o jeito normal de viver

a vida é apenas mais um, e não o único, e que as descobertas podem ser interessantes, fica mais fácil construir conjuntamente propostas aceitáveis.

ESPECIFICAR OFERTAS PARA CADA SUJEITO. Se um usuário ama a atividade X ou a comida Y que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por ali. Ou então, tentar um “meio termo” possível (redução de danos). Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.

EVITAR INICIAR CONSULTAS QUESTIONANDO AFERIÇÕES E COMPORTAMENTOS. VALORIZAR QUALIDADE DE VIDA.

É muito eficiente não começar todos os encontros com perguntas sobre a doença (comeu, não comeu, tomou remédio ou não etc.) ou infantilizantes (“comportou-se??”). Isto mostra ao usuário que queremos: ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso.

PERGUNTAR O QUE O USUÁRIO ENTENDEU DO QUE FOI DITO SOBRE SUA DOENÇA E MEDICAÇÃO. A linguagem dos profissionais de saúde nem sempre é compreensível. Portanto, habituar-se a perguntar o que foi ouvido do que dissemos ajuda muito. Além disso, é importante ouvir quais as causas da doença na opinião dos usuários. Em doenças crônicas é muito comum que a doença apareça após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisões na família. Ao ouvir isso, a equipe pode saber que em situações similares o usuário pode piorar e que parte do tratamento depende do desenvolvimento da capacidade de lidar com essas situações.

ALGUMAS SUGESTÕES PARA TENTAR EVITAR HIPOCONDRIA E HIPER MEDICAÇÃO (IATROGENIAS)

EVITAR ASSUSTAR O USUÁRIO. O medo nem sempre é um bom aliado. Provavelmente funciona menos do que se imagina. Afinal, supor que o medo de

adoecer ou morrer vai funcionar sempre significa supor que as pessoas agem sempre de forma racional em direção aos seus interesses de sobrevivência. Evidentemente não somos assim. Existem forças internas, como os desejos (por exemplo, por uma comida "especial", ou uma atividade importante); existem forças externas, como a cultura, definindo papéis sociais e hábitos de vida. Por tudo isto, talvez na maioria das vezes assustar o usuário é uma ação pouco eficaz que pode tanto levar a pessoa a uma dependência do serviço, quanto à resistência ao tratamento - o que não significa que não devam ser apresentados os possíveis riscos.

LEMBRAR QUE DOENÇA CRÔNICA NÃO PODE SER A ÚNICA PREOCUPAÇÃO DA VIDA. EQUILIBRAR COMBATE À DOENÇA COM PRODUÇÃO DE VIDA.

“Medicalização da vida” é quando a doença torna-se preocupação central na vida do usuário. Isso é muito comum em doenças crônicas. A autonomia diminui e procurar médicos e fazer exames torna-se uma atividade central e quase única. O usuário fica conhecido como poliqueixoso. Na verdade, as mesmas atitudes que podem produzir resistência ao tratamento podem facilitar a medicalização. Resistência ou dependência são duas faces da mesma moeda. A equipe deve saber adequar as propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do usuário (ou seja, o que gosta ou o que não gosta) para que a doença e o tratamento não se tornem o seu objeto de investimento central. Isso é equilibrar as preocupações e ações de combate à doença com as preocupações de produção de vida.

ATUAR NOS EVENTOS MÓRBIDOS COM O MÁXIMO DE APOIO E O MÍNIMO DE MEDICAÇÃO. PREFERIR FITOTERÁPICOS A DIAZEPÍNICOS.

Muitos usuários iniciam uma doença durante processos de luto ou situações difíceis, como desemprego, prisão de familiar etc. A repetição ou persistência dessas situações também pode agravar a doença. É importante que a equipe tente lidar com essas situações da forma competente e tentando evitar dependência dos ansiolíticos

(diazepínicos, principalmente). A capacidade de escuta da equipe é uma grande ferramenta e é preciso saber que parte da cura depende do sujeito aprender a lidar com estas situações agressivas de uma forma menos danosa. A idéia de que toda dor ou estresse requer um ansiolítico é extremamente difundida, mas não pode seduzir a equipe de saúde, que deve apostar num conceito de saúde ampliado que inclui também a capacidade de lidar com os limites e revezes da vida da forma mais produtiva possível. O ansiolítico deve ser de preferência fitoterápico, por não gerar dependência, e deve ser encarado 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.

DIREITO À DIFERENÇA

Uma outra possibilidade, importante no caso de atenção á população étnica ou culturalmente diferenciada, como indígenas, negras ou ciganos é considerar a provável existência de recursos e de atores sociais que atuam com o terapeutas tradicionais, que compõem o universo sociocultural desses segmentos da população. A procura paralela e autônoma desses recursos deve ser considerada. O dialogo respeitoso sobre essa possibilidade configura condição indispensável tanto da aproximação à lógica das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença afeitas ao sujeito doente e à sua rede social, como do possíveis negociações terapêuticas no objetivo de atingir resultados que combinem maiores chances de eficácia biomédica com aceitabilidade cultural.

BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Paidéia (CAMPOS, G.W.) São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

CUNHA, G. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Tese de mestrado, Campinas: DMPS/UNICAMP, 2004.

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.

TRABALHO E REDES DE SAUDE: VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAUDE

Cartilha: Redes de produção à saúde – PNH
Ministério da 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 integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

Esta cartilha pretende contribuir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à efetivação de uma gestão que inclua a participação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde.

Mais especificamente, contribuir na consolidação dos seguintes princípios norteadores da política de humanização: 1) construção de autonomia, capacidade de realização e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 2) responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão.

Para tanto, algumas diretrizes precisam ser afirmadas:

No processo de trabalho em saúde tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços

de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despende no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários.

As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos.

Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar entre si e com os usuários, e de estabelecer regras específicas na divisão do trabalho e na prestação dos cuidados.

Além disso, o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes 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 interação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que perpassa 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 a inteligência que é

própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros.

A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem permanente, uma vez que se questionam as prescrições e se constroem outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos.

Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado.

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. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.

Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)

A saúde é entendida também como a capacidade dos seres humanos de produzir novas normas (ser normativo) frente às diversidades que se lhes apresentam no mundo. O trabalho se instaura nessas diversidades e pauta a vida e a saúde dos humanos. Compreender as situações do cotidiano profissional é um dos objetivos de um processo de formação no trabalho.

No fazer/aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento.

Aprende-se a fazer inventando, segundo um processo contínuo de aprendizagem, de construção e “desconstrução” de saberes, valores, concepções. Trata-se de inventar pela prática de tateio, de experimentação, de problematização das formas já dadas.

No âmbito da PNH 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 possam permear e mediar diálogos cada vez mais efetivos entre todos os atores do cenário da saúde: trabalhadores, gestores/ gerentes, 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 o pólo dos saberes e o pólo de práticas 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/Ministério da Saúde, estimulando e apoiando processos de formação nos ambientes de trabalho.

É importante ressaltar que tais concepções/ ferramentas podem e devem ser apropriadas e desenvolvidas pelas diferentes instâncias que se instituem como “coletivos organizados”, que incluem e representam trabalhadores e gestores/ gerentes. Algumas dessas instâncias podem ser consideradas campos férteis para avançar nessas metodologias de atuação/formação, como, por exemplo: Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), Setores de Recursos Humanos e de Pessoal (ou equivalentes), Serviços Especializados de Segurança e Medicina do

Trabalho, como os SESMTs, Comissões Internas de Atuação em Saúde no Trabalho, como CIPAs, e outras formal e informalmente constituídas.

Na concepção da 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.

É uma estratégia que se consolida 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, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.

Por meio desses métodos, cada trabalhador participante, 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 na dinâmica dos GTHs, potencializando sua ação e multiplicando o seu alcance a partir dos diferentes atores e setores envolvidos.

Enfatizamos que o saber não é neutro. O conhecimento não é mediação e, sim, produtor de realidade. O conhecimento não está entre um sujeito que aprende e um mundo a ser descoberto. Não. O conhecimento produz sujeitos e mundos.

Potencializados, os trabalhadores, na sua interlocução com gestores/gerentes e usuários, desmancham as categorias “apto” ou “inapto”, “competente” ou

“incompetente”, e a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades. Esse movimento aponta para afirmação de saúde e potencialização da vida.

O Ministério da Saúde vem apoiando esses movimentos, contemplando pesquisas, estudos e análises nos processos de trabalho.

São movimentos que ganham força, em que os gestores/gerentes estão convencidos de que a implementação dos conceitos da humanização os auxiliam no estabelecimento de um ambiente favorável às necessidades tanto dos trabalhadores quanto dos 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 intervenções nos fatores geradores de riscos à saúde.

A implantação de um Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) pode 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 auxiliá-los nesta análise, foi construído um instrumento de pesquisa e roteiro de observação participativa. Esses avaliaram: 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 curso introdutório e momentos seqüenciais de análise, levantamento de propostas e intervenções. O tempo foi distribuído da seguinte maneira: um curso introdutório (cerca de 12 horas) com a presença dos consultores da PNH, e encontros dos grupos de trabalho/CAPs, divididos em três momentos, coordenados pelos próprios participantes do curso (equipe de multiplicadores, sem a presença de consultores).

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/PNH 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.
- PNH – 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 – lançaram-se 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 do grupo) 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 temários.

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 Seqüenciais da CAP – Segundo Ciclo

Primeiros, segundos e terceiros encontros do Momento 1 da CAP

Estes encontros foram planejados para serem 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.

Segundo ciclo – 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 nos dias previstos pelo Momento 2 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 subdivisão 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) Análisar o processo de trabalho realizado: coube ao consultor, concomitantemente, identificar como estava se dando 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 ciclo – 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.

Segundo ciclo – 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/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 contribuiriam 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/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, 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/equipamentos hospitalares – é um dispositivo da PNH 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 adoença; 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.

Bibliografia

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.

