

Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

- material de apoio -

Sumário

1. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS	03
2. Glossário HumanizaSUS	10
3. O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	17
4. Gestão Participativa e Co-gestão	20
5. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde	24
6. Clínica Ampliada, Equipe de Referência (responsável) e Projeto Terapêutico Singular	37
7. Equipe de Referência (responsável) e Apoio Matricial	43
8. Projeto Terapêutico Singular	48
9. Redes Sociais	53
10. Trabalho e Redes de Saúde: Valorização dos Trabalhadores da Saúde	60
11. Visita Aberta e Direito à Acompanhante	67
12. Ambiência: Humanização dos “Territórios” de Encontros do SUS	71

Documento Base para gestores

3ª edição, Brasília 2006.

I) Apresentação

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

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

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

Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas.

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.

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

O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão.

Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, estamos implementando a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – "HumanizaSUS".

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

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Queremos um SUS em todas as suas instâncias, programas e projetos comprometido com a humanização.

Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

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

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

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

II) Marco teórico-político

Avanços e desafios do SUS

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas, destacando-se:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

A Humanização como política transversal na rede SUS

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

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS operacionaliza-se com:

- A construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos;
- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;

- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Princípios norteadores

Destacamos, então, os princípios norteadores da Política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

III) Resultados esperados com a PNH

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

IV) Dispositivos da PNH

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”:

- Acolhimento com classificação de risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos de Construção Coletiva da Ambiência;
- Colegiados de Gestão;
- Contratos de Gestão;
- Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
- Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização

Observação:

Esses dispositivos encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH.

V) Estratégias Gerais

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

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente e às instituições de formação;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;
- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

VI) Alguns parâmetros para orientar a implementação de ações/dispositivos

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

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

- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, através de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão;
- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população, ampliando o compromisso social e co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.
- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica

- Organização do Acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade de resolubilidade;
- Abordagem orientada por projetos terapêuticos/de saúde individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Avançar em perspectivas de:
 - exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, famílias e comunidade;
 - estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial (e outros), firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais;
- Organização do trabalho, com base em Equipes Multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
 - Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para implementação de ações na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:

- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Especializada:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contrarreferência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Hospitalar

Nesse âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para o Nível A

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Ouvidoria funcionando;

- Equipe multiprofissional com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e nutricionistas, que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Conselho de Gestão Participativa, com funcionamento adequado;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
- Atividades sistemáticas de capacitação, compondo um Projeto de Educação Permanente para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da Humanização/PNH;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Observação:

Esses parâmetros devem ser associados à definição de indicadores capazes de refletir as diretrizes, ações e dispositivos do HumanizaSUS. Em outros documentos específicos encontram-se disponibilizados indicadores que podem ser tomados como referência para implementação e monitoramento de ações.

Glossário HumanizaSUS

Acolhimento:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Ambiência:

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

Apoio matricial ou temático:

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

Apoio institucional

Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. “Não se trata de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários”. Pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

Avaliação de Risco (ou Classificação de Risco):

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

Atenção especializada/serviço de assistência especializada:

Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Autonomia:

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

Clínica ampliada:

Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Colegiado gestor:

Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Controle Social:

Participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e serviços, nos diferentes níveis de governo, destacando-se, na área da saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Diretrizes da PNH:

Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido da: 1) Clínica Ampliada; 2) da Co-gestão; 3) da Valorização do Trabalho; 4) do Acolhimento; 5) da Saúde do Trabalhador; 6) da defesa dos Direitos do Usuário etc.

Dispositivos da PNH

Dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex. uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: 1) Acolhimento com classificação de risco; 2) Equipes de Referência e de Apoio Matricial; 3) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; 4) Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; 5) Colegiados de Gestão; 6) Contratos de Gestão; 7) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; 8) Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; 9) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; 10) Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; 11) Grupo de Trabalho de Humanização

Educação permanente:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Eficácia/eficiência (resolubilidade):

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

Eqüidade:

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

Equipe de referência/equipe multiprofissional:

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

Familiar participante:

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

Gestão participativa:

Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Grupalidade:

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

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH):

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da eqüidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH

(conf. Humanização/Política Nacional de Humanização); pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade (conf. Transversalidade) e a grupalidade (conf. Grupalidade); propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.

Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):

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

Igualdade:

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

Integralidade:

Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Intersetorialidade:

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

Núcleo de saber:

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

Ouvidoria:

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

Princípios da PNH:

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

Produção de saúde e produção de subjetividade:

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

Projeto de saúde:

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

Protagonismo:

É a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

Reabilitar-Reabilitação/Habilitar-Habilitação:

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

Rede Psicossocial:

Esquemáticamente, todos os sujeitos atuam em três cenários, a família, o trabalho e o consumo, onde se desenrolam as suas histórias com seus elementos, afetos, dinheiro, poderes e símbolos, cada qual com sua força e onde somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados, formando uma rede psicossocial.

Esta rede é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade.

Sistema de Referência e Contra-referência, apontando para redes de atenção em saúde:

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

Sujeito/subjetividade:

Identidade pessoal resultado de um processo de produção de subjetividade (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade) sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

Transversalidade:

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

Universalidade:

A Constituição brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país, aos nascituros e aos nascidos, crianças, jovens e velhos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema único de saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo (conf. Equidade) e integral (conf. Integralidade).

Usuário, Cliente, Paciente:

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

Na rede psicossocial (conf. Rede psicossocial), compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Visita Aberta e Direito de Acompanhante:

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

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

A proposta do GTH não se restringe apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde como hospitais, outras unidades de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). É também adequado ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), e também mediante parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, etc.).

Estes GTHs, freqüentemente nomeados como Comitês de Humanização ou GTHs Ampliados, estendem a participação a outros atores envolvidos nas questões da saúde pública em múltiplos territórios. O que os define, portanto, é menos sua composição do que seu modo de operar.

Todos podem participar desses grupos: profissionais da saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo.

A idéia é que os GTHs inaugurem uma diferença! Trata-se de instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos têm o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção dos usuários e nos modos de gestão.

A construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras.

Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina ou ao seu lugar institucional, que não consegue pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. O trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente. No entanto, é importante que o grupo respeite seu próprio tempo de construção, pois é necessário amadurecer laços e projetos antes de decidir o quê e como fazer.

Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão na direção das mudanças desejadas.

Nesse sentido, num GTH, os componentes do grupo podem experimentar diferentes funções, alternadamente, ao longo dos encontros: a coordenação dos trabalhos, a observação do andamento e análise dos impasses do grupo, a articulação da pauta de assuntos, o registro da reunião, o planejamento de objetivos, encaminhamentos de decisões acordadas no grupo, etc.

Sub-grupos podem se constituir temporariamente para elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, preparar temas a serem apresentados ou divulgar os trabalhos aos demais trabalhadores e usuários. Outras pessoas podem ser convidadas para ajudar a refletir sobre um assunto específico ou para coordenar uma atividade particular, como um trabalho corporal ou lúdico, fazer uma palestra etc.

Alguns temas podem ser interessantes para o início de um GTH:

- o Como melhorar ou qualificar a prestação do serviço?
- o Como é trabalhar em equipe nesse serviço? Existem equipes de fato?
- o Como são as relações de trabalho com os colegas? E com os gerentes/coordenadores/diretores
- o Qual o pior lugar para se trabalhar? E para ser atendido? O que torna esses espaços/locais tão difíceis de serem mudados?
- o E qual o melhor lugar? O que o faz a diferença?
- o Como se dá a relação entre os profissionais e os familiares dos pacientes atendidos?
- o Qual é o nível de valorização das “falas” e contribuições dos usuários e dos trabalhadores da saúde (queixas, sugestões, etc.)?
- o Que projetos coletivos já existiram e foram benéficos, mas pararam, e quais estão sendo desenvolvidos e precisam ser fortalecidos?
- o Como articular projetos intersetoriais interessantes para os objetivos da instituição?
- o Que parcerias seriam necessárias para melhorar a resolução dos problemas?
- o Qual o nível de participação dos trabalhadores nas decisões do serviço?
- o Que implicação existe na organização do serviço com a comunidade do território onde está inserida?
- o Como e por quem são tomadas as decisões, e quem define as regras e normas de cada setor?
- o Quais são as normas “sem sentido” que continuamos acatando?

O GTH define a periodicidade para as reuniões, organiza prioridades para o debate, propõe projetos e planos de ação para atingir suas metas. Não há um tempo pré-definido para a duração de um GTH, podendo durar anos e/ou se desdobrar em outros tipos de grupos ou propor outras ações.

Vejam o exemplo de um caminho percorrido por um GTH para constituir-se como grupo de trabalho:

A direção de um determinado serviço resolveu estimular a criação do GTH. Convidou alguns funcionários para que fizessem uma primeira reunião, onde seriam discutidos: finalidade e objetivos do grupo, modo de operar, periodicidade de encontros e definição de uma coordenação dos trabalhos.

Nesse primeiro encontro, um funcionário questionou porque só alguns haviam sido convidados. Essa situação lhe causara um certo mal-estar em relação aos outros colegas de trabalho. Surgiram, em seguida, algumas idéias para que a participação no grupo fosse ampliada, com a possibilidade de que outras pessoas interessadas tivessem acesso aos encontros.

As análises feitas pelo grupo contribuíram para a seguinte decisão, tomada por consenso: antes do próximo encontro seria enviado (grampeado junto com o contracheque) a todos os funcionários da Instituição, um comunicado explicando a proposta de criação de um grupo de trabalho de humanização e, ao mesmo tempo, convidando aqueles que se sentissem motivados a participar da reunião seguinte.

Definiu-se, então, uma dupla de funcionários que se responsabilizaria por elaborar o comunicado, imprimi-lo e fazê-lo chegar a todos. Também foi feito um cartaz para estimular os trabalhadores a conversarem entre si sobre o tema “humanização”.

Nas reuniões seguintes, muitas pessoas vieram para o grupo com expectativas muito variadas e contribuições também diversas. Alguns encontros foram necessários para construir os objetivos, esclarecer e debater o modo de se trabalhar no grupo, bem como os critérios para participação, de forma a não prejudicar à assistência em nenhum setor.

Aos poucos, algumas características dos encontros foram se transformando: a fala, que inicialmente tinha um tom predominante de queixas, denúncias, insatisfações de naturezas diversas, deu lugar à recuperação de idéias e projetos antigos, que haviam dado certo ou eram reconhecidos como sendo importantes para usuários e trabalhadores, mas que, por algum motivo, haviam sido interrompidos.

Passou-se, então, para uma fase de análise da Instituição, aliada à produção de novas idéias e projetos, além da recuperação de projetos anteriores considerados humanizadores. Ao

longo dos primeiros seis meses de existência desse GTH, algumas pessoas se mantiveram como um núcleo mais persistente do grupo e outras foram mudando: alguns novos chegavam, participavam de alguns encontros e depois não continuavam. Este é um caminho necessário e produtivo, pois o grupo mesmo vai se construindo a partir das entradas, das saídas e das (in)constâncias. Ele vai adquirindo a sua própria *cara*, que é única e singular, entre todos os GTHs existentes no Brasil.

Além disso, a confiança que vai sendo paulatinamente construída em seu interior, possibilita que as pessoas falem de si mesmas, do trabalho e das relações interpessoais, de uma outra forma. O grau de aprofundamento de análise da realidade também era estimulado pela ação de pessoas convidadas e do próprio grupo, por meio da oferta de textos, oficinas e outros, para ampliar o conhecimento sobre questões em debate no grupo.

O trabalho do GTH, ao longo do tempo, adquiriu novas facetas: momentos de maior reflexão alternados de momentos de ações práticas (pesquisas, ações concretas e focalizadas). Assim, foram surgindo propostas para melhorar a qualidade do atendimento, do acolhimento, para diminuir o tempo de espera, para a resolução de problemas das áreas de apoio, para aumentar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, para aumentar o grau de satisfação de trabalhadores e usuários. Nesse momento, o GTH decidiu constituir um sub-grupo para planejar um serviço de Ouvidoria que acolhesse as críticas e respondesse às sugestões/demandas dos usuários. Este teria a função também de auxiliar a direção do serviço na localização e transformação dos nós sintomáticos da Instituição.

Com o tempo, foi ficando delineada a necessidade prioritária de intervir também na transformação do processo de trabalho e no funcionamento do Pronto Socorro. Para isso, os gerentes implicados no PS foram convocados a participar das discussões e decidiu-se por uma maior divulgação do debate, ganhando ampla ressonância em toda a Instituição.

Na mudança de gestão que se seguiu, esse projeto ganhou concretude numa reorganização do PS e, mais, expandiu-se para toda a linha de cuidado do hospital, modificando toda a estrutura e os processos de trabalho.

O GTH pode ser entendido, nesse exemplo, como um espaço vivo de leitura e ação do SUS, atuando como um motor que “faz pensar”, que “faz propor”, em cada serviço, em cada instância gestora, qual é o SUS de todos e para todos que queremos construir.

Gestão Participativa e Co-Gestão

O Sistema Único de Saúde tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, que resulta em maior democracia no espaço da gestão da saúde. Esta gestão é realizada pelos estados e municípios, pois o SUS adota como estratégia organizativa, a descentralização para atingir os cidadãos nos seus cotidianos de vida.

Para operacionalizar a participação social, a Lei 8142 orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde no âmbito nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

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

Conforme a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, as Conferências Nacionais de Saúde acontecem regularmente a cada quatro anos e são convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências para debate das diretrizes para o cuidado da saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, pois assim estará construindo seu Plano Municipal de forma mais adequada aos anseios e necessidades da população.

Os gestores das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional, e, nos estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) com representações dos municípios e do estado.

A participação social, no entanto, não pode esta restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, onde a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades onde trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma participação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto uma gestão centralizadora e pouco participativa no Sistema de Saúde.

Percebe-se que ao longo do tempo os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.), e não em objetivos comuns. Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários.

Por isso, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores.

Os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de co-responsabilidade.

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

O modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

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

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

O sistema de co-gestão procura articular o novo formato no atendimento em saúde com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Dessa maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, estímulo à reflexão e aumento da auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

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

O *primeiro grupo de dispositivos/arranjos* diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores e gestores. Como exemplos, temos:

- **Conselhos de Gestão Participativa.** O Ministério da Saúde por meio de suas Secretarias e, principalmente, pela Secretaria de Gestão Participativa, tem apoiado a criação de Conselhos de Gestão Participativa nas Unidades Assistenciais do SUS. Os Conselhos são compostos por gestores, trabalhadores e representantes de usuários da unidade. A essas instâncias cabe, entre outras, as seguintes atribuições: discutir e aprovar o projeto diretor da unidade; atuar como espaço de negociação entre os segmentos; indicar ações prioritárias; definir os investimentos; e, fiscalizar e avaliar a execução do plano de trabalho da unidade. Muitos municípios dispõem de Conselhos Gestores nas suas unidades assistenciais, alguns deles criados por legislação municipal e com nomenclatura variável como Conselho ou Comissão Local de Saúde. Estes conselhos desempenham o mesmo papel previsto para os Conselhos de Gestão Participativa;
- **Colegiado gestor de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde.** Compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de Saúde, diretores e, no caso do Hospital, incluir, também, todos os coordenadores das Unidades de Produção. Dentre outras, tem como atribuições: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades,

definir os investimentos, organizar os projetos das várias unidades, construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos Conselhos Gestores e administrar imprevistos;

- Colegiado gestor da Unidade de Saúde. Tem por atribuições: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na Atenção Básica o Colegiado é composto por representantes das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e elementar. No caso das Unidades de Saúde com mais de uma Equipe de Saúde da Família, orienta-se que todas elas estejam representadas no Colegiado da Unidade, por meio de um profissional de nível superior, um Agente Comunitário de Saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro). Ressalta-se que a Equipe de Saúde da Família, por si só é um "coletivo organizado de trabalhadores". De configuração multiprofissional comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho. Em hospitais e serviços especializados conformam-se os Colegiados de Unidades de Produção, entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados, como por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança (voltada para esse público);
- Mesa de Negociação Permanente entre trabalhadores e gestores sobre as questões relacionadas ao trabalho em saúde.
- Contratos de Gestão. Firmados entre as Unidades de Saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, Unidades de Saúde Ambulatoriais e Hospitais, com o Distrito Sanitário e/ou com o nível central da Secretaria de Saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a)- ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b)- valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa e c)- garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores;

O *segundo grupo de dispositivos/arranjos*, incentivado pela PNH refere-se aos mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção dos laços sociais dos usuários internados, quanto sua inserção e de seus familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento. Almejam, portanto, a participação do usuário (e familiares), na perspectiva da garantia dos direitos que lhes são assegurados e também avançar no compartilhamento e co-responsabilização do tratamento e cuidados em geral.

Dentre esses dispositivos destacam-se:

- Visita aberta e direito de acompanhante nas consultas e internações: dispositivos que ampliam as possibilidades de acesso para os visitantes de usuários internados, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.
- Equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede sócio-familiar do usuário: equipes multiprofissionais que, ao conduzirem os projetos terapêuticos dos usuários, utilizam mecanismos sistemáticos de "atendimento" à família (e rede sócio-familiar), destinando "espaço" e tempo para interagir com essa rede.
- Ouvidoria para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores: ouvidorias e outros tipos de sistemas de escuta, que acolhem as manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde. Devem ser organizados para atender tanto os

usuários/comunidades, quanto os trabalhadores da saúde, com mecanismos de retorno e encaminhamento dos problemas identificados. .

- Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades.

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

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE.

Claudia Abbês e Altair Massaro

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

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 *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica 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 continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (Merhy et al, 1999).

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 indivíduos. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

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 que afirma na maior parte das vezes uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido.

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 tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica, esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isto a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

O que vemos é que este modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão deste processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, onde o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, esteja no centro desse processo. Estas 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 “eu me reinvento inventando-me com o outro”.

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, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. 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 todos 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
- uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário.
- elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado.
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas; A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e as 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, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.
- construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica, vejamos aqui o caso de uma usuária de comunidade indígena que dá entrada numa unidade de saúde e após o atendimento e realização do diagnóstico indica-se uma cirurgia (laparoscopia) urgente a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária se recusa a realizá-lo dizendo não poder deixar que mexam no seu umbigo pois este é a fonte da onde brota a vida e onde a alma circula. Após a recusa várias negociações foram feitas de forma a realizar o procedimento cirúrgico levando em conta os valores e saberes deste grupo.

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 vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida. Neste 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 do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- a adequação da área física
- as formas de organização dos serviços de saúde
- a governabilidade das equipes locais
- a humanização das relações em serviço
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde
- o ato da escuta e a produção de vínculo.
- O compartilhamento do conhecimento.

- o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O Acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os 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. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica 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 em com maior grau de risco e vulnerabilidade.

Vejam a história de A. de 15 anos: ela chega a uma unidade de saúde andando, trajando uniforme escolar, sozinha, e dirige-se a recepção, onde o processo de acolhimento se faz à maneira tradicional - através de triagem burocrática sem sistematização de um processo de Classificação de Risco com protocolo estabelecido - visivelmente angustiada e diz estar com muita dor na barriga. A profissional da Recepção avalia que ela pode ficar na fila, e depois de 35 minutos esperando A. volta à recepção diz que a dor está aumentando, mas é reconduzida à esperar a sua vez na fila. Depois de 15 minutos A. cai no chão, é levada para o atendimento e morre por ter ingerido veneno de rato para interromper uma gravidez indesejada.

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

- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma burocrática 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 este usuário em seus problemas e demandas;
- mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
- uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde, e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

Importante acentuar que o conceito de Acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde através de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve 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. Neste sentido *todos* os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço, como Prontos Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Centros de Saúde etc., grupo este afeito às tecnologias relacionais, produção de grupidades e produção e manipulação de banco de dados.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, tem objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais dispares no processo de trabalho.

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

Alguns Pontos Críticos Deste Processo:

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloque a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

Algumas ferramentas teóricas disponíveis

- Fluxograma Analisador: “Diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.” (Merhy, E). Foto das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados → análise do caso. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços.
- Oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas.
- Elaboração de Protocolos: Sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos.

Acolhimento com Classificação de Risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Justificativa:

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização desta tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade. Desta forma a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que sentem –se prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

Objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento
- Descongestionar o Pronto Socorro
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários
- Retornar informações a familiares

Pré-requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco.
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança).
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
 - Área de Emergência
 - Área de Pronto Atendimento

Emergência

A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:

Área Amarela - área destinada à assistência de pacientes críticos e semi-críticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

Área Verde - área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Pronto Atendimento

Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade

- Área de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência.
- Consultório de Enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências:
 - ✓ Monitor e eletrocardiógrafo
 - ✓ Oxímetro de pulso
 - ✓ Glucosímetro
 - ✓ Ambú Adulto e Infantil
 - ✓ Material de Intubação Adulto e Infantil
 - ✓ Material de punção venosa
 - ✓ Drogas e soluções de emergência
 - ✓ Prancha longa e colar cervical
- Consultórios médicos
- Serviço Social
- Sala de administração de medicamentos e inaloterapia
- Consultórios para avaliação de especialidades

Processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas)
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro. Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc), evitando atendimento médico de forma desnecessária.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- ⇒ Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- ⇒ Breve Histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- ⇒ Uso de Medicacões
- ⇒ Verificação de Sinais Vitais
- ⇒ Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- ⇒ Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero - emergência , necessidade de atendimento imediato
- Amarelo : prioridade 1 - urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verdes : prioridade 2 - prioridade não urgente.
- Azuis: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário chegada.

Obs: A identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência

Um Exemplo de Protocolo para Classificação de Risco (MARIO GATTI, 2001)

Vermelhos: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato:

Situação /Queixa

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12;
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios
- Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da Coluna Vertebral
- Desconforto respiratório grave
- Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise)
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória
- Tentativas de suicídio
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático
 - ✓ Pulso > 140 ou < 45
 - ✓ PA diastólica < 130 mmHg
 - ✓ PA sistólica < 80 mmHg
 - ✓ FR >34 ou <10
- - Hemorragias não controláveis
- - Infecções graves – febre, exantema petequeial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas **Bandeiras Vermelhas**, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- ❖ Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h
- ❖ Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões
- ❖ Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.
- ❖ Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- ❖ Fraturas da 1.ª e 2.ª costela.
- ❖ Fraturas 9.ª, 10.ª, 11ª costela ou mais de três costelas
- ❖ Possível aspiração
- ❖ Possível contusão pulmonar
- ❖ Óbitos no local da ocorrência

Amarelos: Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco

Situação/Queixa:

- - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15)
- Diminuição do nível de consciência
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental
- História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas
- Dor torácica intensa
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
- Desmaios
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático
 - a. FC < 50 ou > 140
 - b. PA sistólica < 90 ou > 240
 - c. PA diastólica > 130
 - d. T < 35 ou. 40
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)
- Sangramento vaginal com dor abdominal e: alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita
- Náuseas /vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais
- Desmaios
- Febre alta (39/40.º C)
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15
- Vítimas de abuso sexual
- Imunodeprimidos com febre

Verdes: Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos

- Idade superior a 60 anos
- Gestantes com complicações da gravidez
- Pacientes escoltados
- Pacientes doadores de sangue
- Deficientes físicos
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro
- Impossibilidade de deambulação
- Asma fora de crise
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca
- Dor de ouvido moderada à grave
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação
- História de convulsão sem alteração de consciência
- Lombalgia intensa
- Abscessos
- Distúrbios neurovegetativos

Obs: Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

Azuis: Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima.

- - Queixas crônicas sem alterações agudas
 - - Procedimentos como : curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos
- Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado

Exemplo de Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

Avaliação Neurológica

Situação / Queixa: **O paciente queixa-se de:**

- **cefaléia**
- **tontura / fraqueza**
- **problemas de coordenação motora**
- **trauma cranioencefálico leve / moderado**
- **diminuição no nível de consciência / desmaios**
- **distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)**
- **confusão mental**
- **convulsão**
- **paraestésias e paralisias de parte do corpo**

História passada de:

- **Pressão Arterial alta**
- **Acidente Vascular Cerebral**
- **Convulsões**
- **Trauma cranioencefálico**
- **Trauma raquimedular**
- **Meningite**
- **Encefalite**
- **Alcoolismo**
- **Drogas**

Medicamentos em uso

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- **Nível de consciência**
 - ✓ Consciente e orientado
 - ✓ Consciente desorientado
 - ✓ Confusão mental
 - ✓ Inquieto
- **Discurso**
 - ✓ Claro
 - ✓ Incoerente e desconexo
 - ✓ Deturpado
 - ✓ Dificuldade de falar
- **Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados**
- **Pupilas :**
 - ✓ Fotorreagentes
 - ✓ Isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral
 - ✓ Movimento ocular para cima e para baixo/ esquerda e direita
- **Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores**
- **Força muscular**
- **Paraestésias / plegias / paresias**
- **Dificuldade de engolir, desvio de rima**
- **Tremores**
- **Convulsões**

Verificação dos Sinais Vitais: **PA , Pulso Respiração e Temperatura**

Avaliação cardiorespiratória

Situação/Queixa: **pacientes com queixas de:**

- **tosse produtiva ou não**
- **dificuldades de respirar / cianose**
- **resfriado recente**
- **dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)**
- **fadiga**
- **edema de extremidades**
- **taquicardia**
- **síncope**

História passada de:

- **Asma /Bronquite**
- **Alergias**
- **Enfisema**
- **Tuberculose**
- **Trauma de tórax**
- **Problemas cardíacos**
- **Antecedentes com problemas cardíacos**
- **Tabagismo**

Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

- **P - O que provocou a dor? O que piora ou melhora?**
- **Q - Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar,etc**

- R - A dor tem aspectos de **radiação**? Onde a dor está localizada?
- S - Até que ponto a dor é **severa**? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
- T - Por quanto **tempo** o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Associar história médica passada de: **doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais**

Sinais Vitais: **Verifique PA e P . Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica**

Procedimentos diagnósticos : **Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria**

Encaminhamento para Área Vermelha:

- **dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez**
- **dor torácica com alteração hemodinâmica**
- **dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180 , PAD igual ou superior a 120**
- **pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm**
- **taquidispnéia , cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios)**
- **FR menor que 10 ou superior a 22**

Avaliação da dor abdominal aguda

A **dor abdominal aguda** é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obtenha a **descrição da dor** no que se refere a:

- Localização precisa
 - Aparecimento
 - Duração
 - Qualidade
 - Severidade
 - Manobras provocativas ou paliativas
 - Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento
- Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção

Relacione a dor com:

- Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina)
 - Náuseas e vômitos
 - Ingestão de alimentos (colecistite, ulcera)
 - Sangramentos
 - Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematúria/ sensibilidade supra púbica
- **Observe:**
- Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
 - Posição do paciente (exemplo: na cólica renal o paciente se contorce)
 - Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites
 - Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes

Sinais Vitais: Observe hiperventilação ou taquicardia, Pressão Arterial, Temperatura

Procedimentos diagnósticos: Análise de urina

Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos)

Encaminhamentos para área Vermelha:

- Dor mais alteração hemodinâmica

- PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS \geq 180
- Dor mais dispnéia intensa
- Dispnéia intensa
- Vômitos incoercíveis, hemetêmese

Avaliação da Saúde Mental

Uma avaliação rápida da **Saúde Mental** consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- aparência
- comportamento
- discurso
- pensamento, conteúdo e fluxo
- humor
- percepção
- capacidade cognitiva
- história de dependência química

Aparência:

- arrumada ou suja
- desleixado, desarrumado
- roupas apropriadas ou não
- movimentos extraoculares

Comportamento:

- estranho
- ameaçador ou violento
- fazendo caretas ou tremores
- dificuldades para deambular
- agitação

Pensamentos:

- ❖ Conteúdo
 - suicida
 - ilusional
 - preocupação com o corpo
 - preocupação religiosa
- Fluxo
 - aleatório, ao acaso
 - lógico
 - tangencial

Discurso:

- velocidade
- tom
- quantidade

Humor:

- triste
- alto
- bravo
- com medo
- sofrendo

Capacidade cognitiva:

- orientado
- memória
- função intelectual
- insight ou julgamento

Percepção:

- baseado na realidade

- ilusões
- alucinações

Agitação Psicomotora **Antecedentes Psiquiátricos**

Referências Bibliográficas:

CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar, in: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo.(org). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Volume 15, número 2, abr-jun 1999.

MERHY, E; MALTA, D. et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público* (CAMPOS, C. R.; MALTA. D.; REIS. A. et al.) São Paulo: Ed. Xamã. 1998, pp.121-142.

Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de Campinas (SP). 2001.

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

1-Justificativa

A Humanização da atenção no SUS é uma prioridade inadiável. Sabemos que se, por um lado, a falta de recursos compromete a qualidade, por outro, a existência deles pode não ser suficiente. Como exemplo podemos citar a presença ou não de uma tecnologia de **Acolhimento e Avaliação de Risco** em qualquer serviço de saúde. Se um serviço de saúde B com os mesmos recursos de um serviço de saúde A consegue acolher os casos eventuais e distinguir as diferentes necessidades e a gravidade de cada usuário, se responsabilizando e diferenciando a atenção, ele terá resultados infinitamente melhores que o serviço A, apesar de ter os mesmos recursos materiais e de pessoal (cf. cartilha Acolhimento em Saúde). Portanto, buscar qualificar os serviços, humanizando atenção e a gestão é fundamental para a viabilidade do SUS e para a luta por aumento de recursos.

Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, o desafio é também criar instrumentos para que a clínica (atenção) e a gestão possam ser pensados inseparavelmente. Para que os gestores possam falar de clínica e para que os clínicos possam falar de gestão (não só médicos fazem clínica, todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica), apresentaremos a proposta de CLÍNICA AMPLIADA. Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos Sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou o pior ainda o leito número...) A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do Sujeito no projeto terapêutico. Ou seja, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais vital, para qualificar os serviços, dialogar com os Sujeitos. Este é um desafio em vários sistemas públicos de saúde no mundo¹.

Mas ajudar a usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a **trabalhar em equipe**. É na interação entre os diferentes sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada. No entanto, isto não é fácil. Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo. Depende fortemente da gestão (participativa ou co-gestão). Um estudo feito nas equipes de atenção básica na Inglaterra, para investigar quais fatores mais tinham impacto na qualidade da atenção, demonstrou que o “clima” de trabalho nas equipes afetava diretamente o resultado, independente de quaisquer outras variáveis². Isto é muito importante porque o clima na equipe depende da gestão e é alguma coisa que não se consegue sem que todos os membros sejam respeitados e valorizados. Além disto, a humanização da atenção exige um diálogo qualificado não somente dentro das equipes, mas também entre equipes de serviços diferentes, principalmente na atenção

¹REPORT NHS 2004 “Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS - The need for coordinated management programmes” Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance 2004 - pg 08, item 3.16 – disponível no sítio virtual http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/chronic_disease_nhs.pdf

² CAMPBELL, S.M. et Al. **Identifying predictors of high quality care** in English general practice: observational study. BMJ ; v.323: pg 784, 2001 – disponível no sítio virtual <http://bmj.bmjournals.com/search.dtl> digitando os dados do artigo.

às doenças crônicas³. Ou seja, como propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização (compartilhamento em vez de encaminhamento) entre os diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades) para além da referência e contra-referência? Para responder esta questão e criar condições para a clínica ampliada apresentaremos dois instrumentos de gestão da atenção: as EQUIPES REPONSÁVEIS (REFERÊNCIA) e os PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS).

2- 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.

Vamos ver 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, neste contexto, o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava em jogo. Ou seja, era necessário criar novas opções de trabalho para os 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 para oferecer cursos aos usuários que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida.

O serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando, como ainda é muito comum de acontecer, a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados.

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

³ REPORT NHS 2004 "Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS - The need for coordinated management programmes" Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance 2004 - pg 07, item 3.7 – disponível no sítio virtual http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/chronic_disease_nhs.pdf

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.

Vejam outros exemplos:

“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).

“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 Joazinho 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 conhecidas como “POLIQUÊXOSOS” – 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. (DOENÇA MULTIFATORIAL NÃO TEM CAUSA ÚNICA). 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

⁴ “era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os usuários deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os seus usuários” (BALINT, 1983:183, capítulo “A função Apostólica”)

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 nossa linguagem 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.

SUGESTÕES PARA TENTAR EVITAR HIPOCONDRIA E HIPER MEDICAÇÃO (IATROGENIAS)

EVITAR DIZER SEMPRE OU NUNCA (PREFERIR CONCEITO DE CHANCES). Procurar falar de chances e não de certezas sempre que possível. Primeiro porque na verdade a maior parte das vezes não se pode falar de certezas e segundo porque as falsas certezas em declarações do tipo “este remédio é para sempre” podem comprometer o entusiasmo do usuário com a sua parte no tratamento.

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

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.

EQUIPE DE REFERÊNCIA (RESPONSÁVEL) E APOIO MATRICIAL

O trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Esta metáfora demonstra a grande interdependência do trabalho em saúde. É válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde. É por isto que a proposta de Equipe Responsável (de Referência) e Apoio Matricial objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo.

O conceito de equipe de referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão esta referência facilita um **vínculo específico** entre **um grupo de profissionais e um certo número de usuários**. Isto possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (consultas por hora é um exemplo de gestão centrada nos meios). No entanto, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a *divisão de poder gerencial*. As equipes transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe.

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização, e na relação da organização com usuário. Primeiro porque, do contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que, além de ser adoeecedor para estes trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar.

Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: produz fragmentação desta equipe. Em outras palavras: nada pior para dois profissionais que estão na mesma equipe, trabalhando com o mesmo usuário, do que estarem obrigados a dialogar através de terceiros, ou seja, através dos seus coordenadores (“superiores”, como se costuma dizer). Neste caso, uma eventual mudança no modo de trabalho de um membro da equipe pode ocorrer, afetar diretamente seu colega de equipe, sem necessariamente ser pactuada com a equipe em que este membro está inserido cotidianamente. Ou mais grave, as diferenças e conflitos, em vez de serem preferencialmente resolvidas no grupo, são remetidas aos coordenadores, para que eles conversem e resolvam. Isto é, produz-se uma certa “infantilização” dos trabalhadores e induz-se mais a competição do que a cooperação e coletivização. Fica evidente um princípio da humanização de que a gestão e a atenção “produzem” subjetividade, produzem afetos e mobilizam emoções.

A falta de equipe de referências pode induzir uma ilusão de auto-suficiência das corporações e um clima de disputa estéril no serviço. A proposta de equipe de referência pretende, ao menos, não alimentar estes conflitos corporativos, colocando **o usuário no centro** do processo gerencial e da atenção.

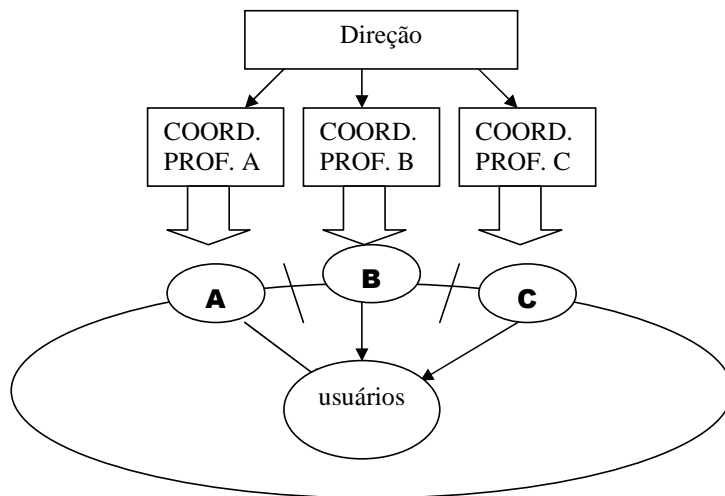


FIGURA 1

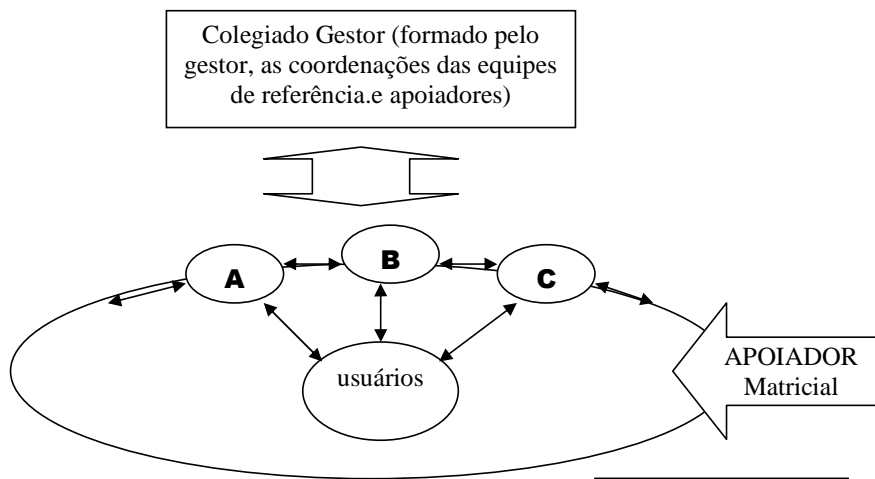


FIGURA 2

A FIGURA 1 pode se encaixar em qualquer organograma típico, piramidal que divide o trabalho em "caixinhas" separadas (setores, departamentos, programas...) e concentra o poder no alto. Podemos tomar o organograma como parâmetro didático da lógica de gestão. Não significa que toda mudança tenha necessariamente que começar pelo organograma. O que importa é a vida real da organização/serviço e a construção de linhas de diálogo em todas as direções (não somente de cima para baixo), ou seja, o que importa é construir viabilidade para a chamada "transversalidade", que muitas vezes pode fazer um organograma "real" mais adequado.

Potencialmente os organogramas podem induzir tanto o trabalho cooperativo quanto competitivo⁵. Porém, o organograma tradicional induz predominantemente à competição porque propõe uma pirâmide em que no alto concentra-se muito poder de decisão. É chamado organograma VERTICAL. O organograma também é potencialmente cooperativo porque propõe uma certa divisão de trabalho que, teoricamente, no somatório do trabalho de todas as “caixinhas”, resultaria na missão da organização. Mas, no caso das organizações de saúde, quando o usuário vai transitando entre as caixinhas quase como numa “linha de montagem” (com os tais “encaminhamentos” no sistema, e com as “interconsultas” nos hospitais) isto não funciona muito bem.

Ao final da linha o usuário ficou sem alguém que fosse responsável por ele como um “todo”, como se costuma dizer. Cada profissional fez a sua “parte”, e não houve quem “juntasse as partes”. Alguns autores chamam esta responsabilização que “junta tudo” de coordenação⁶. Como diz o ditado popular, “o que é de todo mundo, não é de ninguém”. Esta lógica facilita ocorrer o que se chama de “desresponsabilização”, além da sobreposição de atividades (de exames, por exemplo), as iatrogenias (não há quem se responsabilize por pensar qual será o resultado da soma de todas as propostas de intervenção) e a facilidade de haver abandono de tratamento sem que os serviços sequer percebam. O usuário muitas vezes fica com uma sensação de desamparo (uma vez que “pula” entre serviços e especialistas), enquanto o trabalhador se distancia da possibilidade de ver o resultado final do seu trabalho para o usuário, identificando-se preponderantemente com partes do processo.

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

Outros tipos de apoio também podem existir. A coordenação por categorias profissionais (clínica, de enfermagem, de fisioterapia etc...), por programas e temas (como o Controle de Infecções Hospitalares) também podem funcionar como apoiadores. Em vez de apenas prescrever determinações, estes apoiadores deverão reconhecer a legitimidade da equipe e negociar as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passam a fazer o chamado **apoio à gestão para as equipes de referência**, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

Em relação à REDE ASSISTENCIAL, como funciona o princípio da equipe de referência? Da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter “dois usuários”: os seus usuários propriamente ditos e as equipes de referência da atenção básica com a qual estes usuários serão compartilhados⁷. Um grande centro de especialidade pode ter várias equipes de referência locais. O “contrato de gestão” com o gestor local pode não ser mais apenas sobre o número de procedimentos, mas também sobre os resultados. Um centro de referência em oncologia, por exemplo, vai ter muitos usuários crônicos ou sob tratamento longo. Os seus resultados (a serem pactuados e avaliados em contratos de gestão com o gestor da rede local) podem depender da equipe local de Saúde da Família, da capacidade desta, por exemplo, de lidar com a rede social necessária a um bom pós-operatório. Ou do atendimento adequado de pequenas intercorrências. A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local, para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o **Projeto Terapêutico** de usuários compartilhados que estão em situação mais grave. Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de

⁵ MORGAN 1995

⁶ STARFIELD 2002, pg 53

⁷ A Atenção Básica não encaminha usuários, ela “compartilha” com outros serviços, uma vez que permanece responsável pela sua população adscrita.

quem está num centro de referência. A equipe na Atenção Básica tem mais chance de conhecer a família a longo tempo, conhecer a situação emocional, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidade terá uma visão mais focalizada na doença. Um especialista em cardiologia pode tanto discutir projetos terapêuticos de usuários crônicos compartilhados com as equipes locais, como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando assim compartilhamentos desnecessários. Tudo isto porque, do ponto de vista gerencial, mudou o **contrato de gestão**. Estendeu-se a responsabilidade da equipe especialista, para além da realização de procedimentos ou consultas. Um centro de especialidade que consiga aumentar a capacidade de prevenção e intervenção das equipes locais adscritas pode diminuir a sua demanda e aumentar sua eficácia. A velha ficha de referência e contra-referência continua existindo, mas incorporam-se outros recursos para incrementar o diálogo entre os diferentes serviços. Um destes recursos, veremos adiante, é o **Projeto Terapêutico Singular**.

A proposta de **Núcleo de Saúde Integral** pode ser entendida como uma proposta de **apoio matricial**. Se o contrato do profissional de nutrição, por exemplo, não for de apoio matricial, sua ação em consultas individuais será segmentada e ele não dará conta da demanda. Por outro lado se ele aprender a fazer o apoio, poderá compartilhar os seus saberes para que as equipes na atenção básica sob sua responsabilidade sejam capazes de resolver os problemas mais comuns e poderá participar das reuniões com as equipes para fazer projetos terapêuticos singulares nos casos mais complicados. A atenção individual pode ocorrer, mas não deve se configurar na principal atividade do nutricionista. Evidentemente, para que isto aconteça o profissional que faz apoio deve adquirir novas competências e o contrato com o gestor deve ser muito claro.

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a Humanização porque se os serviços e os saberes profissionais recortam os Sujeitos em partes ou patologias (o que pode produzir um enfraquecimento da atenção porque se toma a “parte pelo todo”) as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico. A dificuldade está no fato de que reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços significa reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso. O desafio, portanto, é o da mudança de uma cultura organizacional no SUS, ou melhor, a mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS.

BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.
- CAMPOS, G.W.S. Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Um 1a. Ed. São Paulo: Hucitec. 2000.
- CAMPOS, G. W. S.. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. [online]. Oct./Dec. 1998, vol.14, no.4 [cited 12 November 2005], p.863-870. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: uma Proposta de Reorganização do Trabalho em Saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva 1999, Vol 4(2):393-404
- MORGAN,G. Imagens da Organização. São Paulo: Atlas S.A. 1996
- CAMPOS,R.O. O Planejamento no Labirinto. 1a. Ed. São Paulo Hucitec. 2003

NHS "Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS - The need for coordinated management programmes " Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance 2004 - pg 08, item 3.16 – disponível no sítio virtual
http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/chronic_disease_nhs.pdf

CAMPBELL,S.M. et Al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ ; v.323: pg 784, 2001 – disponível no sítio virtual
<http://bmj.bmjournals.com/search.dtl> digitando os dados do artigo.

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

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O PTS nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome *Projeto Terapêutico Singular*, em lugar de *Projeto Terapêutico Individual*, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: "hipertensos", "diabéticos" etc...)

O PTS contém quatro momentos:

1- O Diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

2- Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

3- Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4- Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

É realmente muito simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

a. a escolha dos casos para reuniões de PTS: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe). Não parece necessário nem possível que o grande esforço de fazer um PTS seja dirigido a todos os usuários de uma equipe;

b. as reuniões para discussão de PTS: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do PTS é o **vínculo** dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e qualidade desse vínculo. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um projeto terapêutico singular frente à equipe. Uma estratégia que algumas equipes utilizam é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

c. o tempo de um PTS: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS's com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em

profissionais e usuários. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

d. PTS e Mudança: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário, como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acredita “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, no caso de uma patologia grave. Se esta participação do usuário é importante é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados. Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja, de usuários em que existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários terminais, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nestes casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS nestes casos pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adoecce trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe (ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer).

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

Uma anamnese para a Clínica Ampliada e o PTS

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução, são situações que esbarram nos limites da Clínica tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmo e com os Sujeitos acometidos por uma doença de forma diferente da tradicional.

Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião não vai acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as idéias e as palavras do usuário. Exceto em caso de aparecimento de alguma urgência ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas e muito menos duvidar dos fatos que a(s) teoria(s) não explica(m) (“só dói quando chove, por exemplo”). Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disto, esta anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do

Sujeito e os limites das classificações diagnósticas. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que os determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do Sujeito no projeto de sua cura: autonomia.

A partir da anamnese ampliada o tema da intervenção ganha destaque. Quando a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma postura “apostólica” (BALINT, 1988). Propomos que não predomine nem a atitude radicalmente “neutra”, que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem a atitude típica da Biomedicina, que pressupõe que o Sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das intervenções.

Outra função terapêutica da história clínica acontece quando o usuário é estimulado a qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de um usuário que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento: com medo? conformado? agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isto é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento, e não é incomum a produção de uma certa “esquizofrenia”, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde como se elas estivessem levando o carro ao mecânico: a doença (e o corpo) fica dissociada da vida. Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do Sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da queixa com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento.

O que chamamos de história “psi” em parte está misturado com o que chamamos de história clínica, mas aproveitamos recursos do campo da saúde mental para destacar aspectos que nos parecem essenciais.

- Procurar descobrir o sentido da doença para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial. Exemplo: por que você acha que adoeceu? É impressionante perceber as portas que essa pergunta abre na Clínica: ela ajuda a entender quais redes de causalidades o Sujeito atribui ao seu adoecimento. Em doenças crônicas como o diabetes, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento mórbido, como um falecimento de familiar ou uma briga, as piores no controle glicêmico estarão muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do Sujeito acometido pela diabetes). Ao fazer esta pergunta, muitas vezes damos um passo no sentido de ajudar o Sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.
- Procurar descobrir como o usuário se sente em relação à doença. (como os problemas que ele relata afetam sua vida?). O mesmo tipo de lesão, ou infecção, ou situação social produz reações diversas. Esta pergunta possibilita uma avaliação do impacto do agravo e da capacidade do Sujeito de lidar com limites que o corpo ou outras forças estão lhe trazendo.
- Procurar conhecer as singularidades do Sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do Sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.
- Procurar perceber a chamada contra-transferência, ou seja, os sentimentos que o profissional desenvolve pelo usuário durante os encontros; procurar descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica. Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois Sujeitos. O profissional está imerso nestas forças. Perceber a raiva, os incômodos, os rótulos

utilizados (bêbado, poliqueixoso, etc.), ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também analisar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do usuário. O profissional pode desejar que o Sujeito use preservativos e não se arrisque com DST ou uma gravidez indesejada. O Sujeito pode estar apaixonado. O profissional quer controlar a glicemia, o Sujeito quer ser feliz. Enfim é preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário.

- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, ou não. Só não podem ser ignorados.
- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.
- Fazer a História de Vida é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Como demanda mais tempo, deve ser usado com mais critério. Muitas vezes requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera.

Por último em relação à inserção social do Sujeito, acreditamos que as informações mais importantes já foram ao menos aventadas no decorrer das questões anteriores, visto que usuário falou da sua vida. No entanto, nunca é demais lembrar que as questões relativas às condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda etc) ou da inserção do Sujeito em instituições poderosas, como religião, tráfico, trabalho, não raramente vão estar entre os determinantes principais dos problemas de saúde e sempre serão fundamentais para o Projeto Terapêutico.

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

A REUNIÃO DE EQUIPE

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão (CAMPOS, 2000) tem uma visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário é importante lembrar que:

Reunião de EQUIPE NÃO É um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

PTS e GESTÃO

As discussões para construção e acompanhamento do PTS são uma excelente oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. Haverá uma alternância de relevâncias entre os diferentes trabalhos, de forma que em cada momento alguns membros da equipe estarão mais protagonistas e criativos do que outros (já que as necessidades de cada usuário variam no tempo). No decorrer do tempo vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe. A

percepção e o reconhecimento na equipe desta variação de importância é uma forma importante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um.

O espaço do PTS também é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe (fazer um cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros). Desta forma é um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento destes mesmos recursos (“por que funcionou ou não esta ou aquela proposta?”).

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

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

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.
- MOURA, A.H. **A Psicologia Institucional e O Clube dos Saberes**. 1ª ed. São Paulo:Hucitec. 2003.

REDES SOCIAIS

Não é de hoje que se vem discutindo os serviços públicos de saúde. Muito se fala, nem sempre se entende e a impressão é que pouco muda nesse cenário. Mas talvez seja bom recordar que o atendimento nos serviços públicos de saúde nem sempre foi assim. Há pouco tempo atrás, antes do SUS (Sistema Único de Saúde), o acesso aos serviços era restrito. Só quem tivesse emprego com carteira assinada, ou contribuía com a previdência, tinha direito de ser atendido pelo antigo INPS e, a partir de 1976, pelo INAMPS. Quem tem um vizinho, amigo ou parente mais idoso, pode perguntar e verificar que isso acontecia de fato. Com o SUS o acesso é universal, ou seja, todos os cidadãos (com carteira assinada ou não) têm direito à saúde!

Assim, não dá para falar sobre os serviços públicos de saúde sem mencionar a desigualdade econômica, social e previdenciária do nosso país, onde muitos têm pouco e poucos têm muito. Uma questão está ligada à outra e tudo pode determinar a qualidade de vida das pessoas. Circula uma idéia de que o serviço público é para o pobre e aqueles que têm mais condições devem adquirir seu plano de saúde privado. Por essa lógica, pode parecer que se o serviço público é para quem não pode pagar um plano particular, então ele não precisa ser de qualidade, não precisa ser humanizado.

Bem, então o que mudou nessa história? Muita coisa. Para entender deve-se voltar novamente um pouco no tempo para saber que a luta por melhores condições de vida e de atenção à saúde no Brasil vem de longa data. Vários e diferentes movimentos, grupos e ações marcaram esse caminho. Um dos mais recentes e que teve grande influência na criação do SUS é o que se chamou de **Movimento pela Reforma Sanitária**. Este movimento teve na sua base principalmente profissionais da saúde que se encontravam insatisfeitos e tinham muitas críticas ao modelo de atenção à saúde vigente na época. Não devemos esquecer que este movimento ocorreu num período de grandes mobilizações, como a luta pela anistia e abertura política no Brasil para por fim ao regime militar. Uma ditadura que durou de 1964 a 1985.

À medida que o processo de abertura política avançava, o Movimento pela Reforma Sanitária ia ganhando novos parceiros e maior apoio. A adesão de militantes, como lideranças sindicais, lideranças populares e até parlamentares que vinham apoiar a causa, fez com que o movimento ganhasse mais força, legitimando a proposta. Só para lembrar, muitos movimentos populares/sociais de reivindicações no atendimento à saúde surgiram e cresceram a partir do Movimento da Reforma Sanitária e acabaram influenciando ações e decisões daqueles que pensam as políticas públicas de saúde. No quadro das lutas populares, mulheres, negros, índios, homossexuais, se organizavam e faziam avançar a luta pela defesa, garantia e conquista de seus direitos, afirmando suas especificidades. Acontecia de fato um expressivo movimento de transformação cultural no país e a saúde também foi alvo desse movimento.

Desse modo o governo não podia mais ignorar esse movimento. A principal razão que fez com que a Reforma Sanitária ganhasse tanto as idéias e os corações das pessoas é que tinha suas propostas centradas no cidadão e não exatamente no sistema de saúde. O que importava eram as pessoas, o ser humano. Isso demarcou a grande diferença em comparação com a proposta anterior e deixou claro que aquele modelo de atenção à saúde não servia mais, que havia a necessidade urgente de que esse processo fosse repensado, modificado, reorganizado.

Pode-se imaginar o antigo modelo como uma roupa deformada pelo uso, apertada, desbotada, encolhida, aquela que ninguém mais quer vestir. O novo modelo propunha o debate, diálogos, trocas, conversas. Partia do pressuposto de que era preciso saber dividir, compartilhar e construir saberes e conhecimentos no coletivo. Era preciso também que a rede formada por movimentos populares, sociais e outros pudesse participar e pensar o modelo. Pode parecer estranho, mas a proposta era a de se repensar e reformar o novo modelo continuamente.

Outra mudança importante que surgia é que o significado do conceito de saúde não estava mais relacionado apenas com a ausência de doença ou intervenção médica, (coisa e tal,) mas com um conjunto de direitos básicos de cidadania, como educação, habitação, alimentação, transporte, salário justo entre outras coisas. Isso tudo que significa(va) uma melhor qualidade de vida para os cidadãos. Enfim, roupa nova com “modelo mais confortável”.

Mesmo enfrentando dificuldades para mudar as regras do jogo, o movimento foi crescendo e teve sua grande vitória na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, disseminando a idéia de que a saúde deve ser encarada como direito de cidadania e obrigação do Estado.

O **SUS (Sistema Único de Saúde)** foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080 de 1990. O SUS foi pensado principalmente para mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão ou cidadã, sendo proibidas cobranças em dinheiro sob qualquer pretexto. O financiamento é feito com recursos que são arrecadados principalmente através de impostos e contribuições sociais pagos pela população.

E assim, dessa movimentação toda surge o SUS, cheio de esperanças e propostas que olhavam para o cidadão de outra maneira, mais humanizada. Mas o que seria exatamente esse “*humanizado*”? Bem, pode-se dizer que é principalmente valorizar todos os sujeitos que fazem parte do processo de produção de saúde: os profissionais de saúde, os gestores e os usuários. Todos têm o direito de dizer o que pensam, de criticar, de elogiar. Tem o direito de propor mudanças, seja no atendimento ou na maneira de administrar, de dirigir. Essa é uma forma de responsabilidade conjunta.

A LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

É claro que há coisas que um não pode fazer no lugar do outro. Um usuário não vai dar consulta, nem receitar uma medicação, mas pode participar das discussões, se inteirar de como as coisas funcionam, saber da sua saúde e de como tratá-la. Pensando nisso é que a política Nacional de Humanização (PNH) vem reforçar esses aspectos, essas idéias que acompanharam a criação do SUS. Na verdade, o Movimento da Reforma Sanitária já enfatizava a importância da humanização nas práticas de Saúde e a PNH, de certa forma dá continuidade a toda uma discussão que está na base da criação do SUS.

Para dar conta do que propunha, o SUS se estruturou com base em três princípios, que são: A **universalidade**, que compreende a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), concedido a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam no país. É dever do Estado prestar atendimento nas grandes e pequenas cidades, aos empregados, desempregados e subempregados, e também às populações que ficam mais isoladas, os ribeirinhos, os povos indígenas, os quilombolas, a população do campo, os prisioneiros, as minorias em geral e a todo e qualquer cidadão.

A **integralidade**, que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção até o mais difícil tratamento de uma enfermidade, não excluindo nenhuma doença.

O **aumento da equidade**, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, pois se as pessoas são diferentes e têm condições de vida também diferentes, isso deve ser levado em conta. Afinal, necessidades desiguais podem ser equilibradas oferecendo mais a quem tem menos.

Como visto anteriormente, a criação do SUS foi um avanço para a sociedade, trouxe consigo algumas conquistas. Entre elas, a participação popular, nos Conselhos e Conferências de Saúde, que foi muito comemorada.

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações do governo. Os Conselhos podem ser um lugar privilegiado para fazer valer os direitos. No entanto, uma das limitações é que a população pode opinar, sugerir e questionar, mas não pode decidir, por exemplo, sobre como gastar o dinheiro dos recursos públicos. Além disso, ou por isso mesmo a participação popular ainda é pouca.

Nas Conferências reúnem-se, periodicamente, os representantes da sociedade, que são os usuários do SUS, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, nos estados e no país.

Embora essa participação seja mesmo importante, por ser o espaço para se discutir os problemas junto aos profissionais de saúde e aos gestores ela não deve se reduzir aos Conselhos e Conferências. O direito de participar vai além disso, por isso é importante que se continue a reivindicar, fiscalizar, negociar e não achar que com a participação no Conselho, o jogo está ganho. Afinal, toda mudança para valer requer que os parceiros estejam de acordo, pois as mudanças devem atingir usuários, trabalhadores, gestores, enfim o campo da saúde como um todo.

Não é suficiente dizer que os usuários têm direitos, é preciso fazer valer esses direitos, seja individualmente, conversando com amigos, vizinhos, parentes, ou em grupo, qualquer que seja sua origem ou sua atuação. Não há uma receita pronta de como fazer, já se ouviu muito que a união faz a força. Até aí nada de novo. É verdade que quando as pessoas se juntam podem ter mais força para reivindicar, pois um pode contar com o outro.. As formas das pessoas se agruparem são inúmeras, seja em pequenos grupos, ou em redes sociais, como por exemplo pastorais, redes de educação popular ou em movimentos sociais organizados como os Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), de Luta pela Moradia, de Gay, Lésbicas e Simpatizantes (GLS), de Negros, de Mulheres etc. Mas, nem todos participam diretamente dos movimentos organizados, o que é preciso ser notado é que os direitos sim, são para todos, e a conquista dos direitos requer, muitas vezes, ganhos no dia a dia.

Não existe um modelo único para definir Redes Sociais, pois cada uma surge em contextos, conjunturas políticas ou mesmo em momentos de crise social diferentes, conforme especificamos quando citamos a participação social no movimento da Reforma Sanitária e tem modos diferentes de se expressar e se organizar.

Então, depois dessa história toda, parece que tem algo fora do lugar. Se o SUS tem essa proposta que saiu de um movimento envolvendo profissionais da saúde, movimentos populares, sindicatos, parlamentares e outros mais, por que a insatisfação ainda é grande? Porque mesmo tendo avançado em alguns dos seus propósitos - especialmente naqueles que universalizaram a atenção à saúde - a maneira de gerenciar e conduzir as ações de saúde ainda enfrenta problemas, como por exemplo:

☞ Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, os hospitais — incluindo os universitários — as equipes de saúde da família, laboratórios, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa. No entanto, essa rede está fragmentada, o que dificulta a atenção integral e o acesso do usuário aos diferentes serviços de saúde que compõem a rede de referência. Por exemplo, pode-se imaginar um usuário indo a um Centro de Saúde onde o médico depois de examiná-lo solicita um exame de sangue, que às vezes pode ter que ser feito em outro lugar. O resultado do exame pode levar muito tempo para retornar e o médico pode achar necessário, a partir do resultado, solicitar um exame diferente que levará mais tempo. Isso faz com que o cidadão demore para iniciar seu tratamento.

☞ O Sistema Público de Saúde ainda é lento, complicado, cheio de burocracias e interrompido. É um sistema complexo porque além de envolver diferentes atores (secretários de saúde, diretores de hospital, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde) e diferentes níveis de gestão (federal, estadual, municipal e local) – exige “conversas” e negociações entre esses atores e esses níveis. A forma de encaminhar essas “conversas” e negociações precisa se reorganizar, pois como ainda não estão acontecendo de forma integrada, isso se reflete no dia a dia do atendimento à população.

☞ O processo de trabalho é partido, cada um é responsável por apenas uma parcela desse trabalho. Por exemplo, o profissional que recebe o usuário encaminha para o médico que pode encaminhar para outro médico, de outra especialidade ou para outros profissionais ou ainda para exames, e assim por diante. Cada um cuida apenas da sua parte, e não fica sabendo o que

acontece nesse caminho e nem o que acontece com o usuário, o que faz com que a relação entre os diferentes profissionais também seja fragmentada.

☞ O investimento para que os trabalhadores possam construir sua autonomia, desenvolver sua capacidade de liderança, sua co-responsabilidade, ou mesmo o trabalho em equipe, ainda é insuficiente. O mesmo baixo investimento pode ser percebido na construção de espaços coletivos onde a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e os gestores de saúde possam analisar, discutir e tomar decisões coletivamente.

Outro ponto problemático trata do pouco incentivo dado à gestão participativa e à valorização e inclusão dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Também é fato que a formação dos profissionais de saúde, na maioria dos casos, ainda se dá distante do debate e da formação das políticas públicas de saúde como também das necessidades e saberes da população.

☞ Nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para lidar com a dimensão subjetiva. Cada pessoa ou grupo lida de maneira diferente com as informações que recebem no dia a dia, o que interfere nas ações e no modo como compreendem o mundo. Os sentimentos, os sentidos, as emoções, os afetos, por exemplo, fazem parte da chamada dimensão subjetiva.

☞ O controle social ainda é frágil, isto é, há dificuldade da participação popular na fiscalização e controle das ações do governo. Isso ocorre especialmente no que diz respeito aos processos de atenção que se referem ao atendimento à população, e gestão, que é o modo de gerir, administrar, dirigir. Essas ações do SUS podem ser fiscalizadas, por exemplo, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

☞ Para finalizar, não podem deixar de ser mencionados três problemas que estão ligados diretamente à população usuária dos serviços públicos de saúde. Um é o desrespeito ao direito do usuário, que muitas vezes gasta o dinheiro da passagem, fica horas na fila e não consegue ser atendido. Quem não ouviu falar de pessoas que precisaram pedir ajuda por falta de dinheiro para condução, ou que simplesmente não retornam para outra consulta?

O outro problema é o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, ou seja, a queixa é o que determina o procedimento e não um olhar integral ao sujeito. Por exemplo, se a pessoa tem hipertensão, se é deprimida ou não, se está desempregada ou não, tudo isto interfere no desenvolvimento da doença, e não pode ser deixado de lado no atendimento à saúde. Uma pessoa pode ser afetada de várias maneiras, pelas tensões do dia a dia, pela violência nos grandes centros urbanos ou no campo e até mesmo pelos problemas familiares. O atendimento deve levar tudo isso em conta e não somente a queixa do momento, porque essa queixa pode ser apenas um dos problemas. Imagine-se que uma pessoa que vive num lugar de conflitos sociais, de violência ou que se encontra muito nervosa, cansada, procure um serviço de saúde se queixando de dores de cabeça. Baseado nessa queixa, o médico solicita um exame chamado eletroencefalograma, sem considerar a situação de vida da pessoa como um todo. Quando a atenção é feita somente a partir da queixa, faz com que muitas vezes o profissional de saúde realize atendimentos desnecessários ou que as consultas sejam rápidas demais. Uma forma de atender que acolhesse, escutasse e orientasse o cidadão para o atendimento necessário garantiria maior eficácia no serviço. (esse assunto pode ser entendido melhor vendo as Cartilhas da PNH: Equipe de Referência, Clínica Ampliada e Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco).

O terceiro problema diz respeito ao preconceito presente nas relações, preconceitos que podem ser em relação à cor, ao gênero, à opção sexual, à aparência, à etnia ou até mesmo à classe social, o que pode também interferir no atendimento. Muitas vezes um usuário que chega mal vestido, até mesmo sujo, ou que apresenta ser muito pobre nem sempre é atendido da mesma maneira que um sujeito de boa aparência e que fala bem.

Para dar conta desses problemas e reconstruir novamente aqueles princípios que estão na base do SUS, onde o cidadão é que é importante, é necessário desestabilizar, mexer, mudar os modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Por isso, o Ministério da Saúde, desde 2003, decidiu investir para que o atendimento de saúde seja feito com mais qualidade e com maior participação dos cidadãos, sejam eles os usuários, os trabalhadores da saúde ou os gestores.

A mudança que está sendo proposta é um conjunto de ações e intenções que atravessa vários programas do Governo, como o Programa de Saúde da Família (PSF), da Mulher, de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), da Política de Redução de Danos para o uso abusivo do álcool e

outras drogas (RD), da Política da Reforma Psiquiátrica, entre outros. Essa é a nova política, a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) - **HumanizaSUS**. Para se entender o que é o HumanizaSUS, é preciso, em primeiro lugar, afirmar a importância da dimensão subjetiva nas práticas de saúde. Não há como pensar em práticas de saúde sem considerar que estas práticas acontecem entre homens, entre pessoas que se encontram, que sentem, que têm interesses e desejos, que têm medos, que têm uma história. É preciso valorizar esta dimensão humana no processo de produção de saúde, ou seja, reconhecer que cada cidadão elabora um modo próprio de viver, e que é possível, portanto, tecer outras maneiras de aprender, de amar, de existir. Assim pode parecer meio complicado de entender, mas não é tão difícil quanto parece. Dimensão subjetiva, já foi visto anteriormente, e produção de saúde, o que será?

Para se entender o que é produção de saúde é preciso levar em conta que promoção, prevenção e reabilitação, apesar de cada uma possuir uma função diferente, fazem parte do mesmo processo de produção de saúde. De um modo amplo, produzir saúde é mais do que acabar com os sintomas causados por uma determinada doença, é criar condições favoráveis para uma vida saudável, é, enfim, mudar a qualidade de vida. É também a proposta de que todos sejam participantes e que tenham autonomia e responsabilidade para fazer escolhas e decidir sobre os aspectos que dizem respeito à sua saúde. Que saibam, portanto, o que é melhor para si e seus familiares, e que a saúde possa ser produzida junto com os profissionais que os atendem, de maneira que os usuários se sintam realmente participantes e responsáveis nesse processo.

Acontece que as pessoas têm maneiras diferentes de se cuidar, seja a partir de experiências de vida, de trabalho ou conhecimentos que foram passados de pai para filho. Muitos grupos são criados em torno desses diferentes modos de ver e entender o mundo, produzindo saberes, formas de cuidado e de apoio social, tecendo redes sociais que tornam as vidas mais dignas de serem vividas. Sabe-se também que esses conhecimentos são, em muitos casos, desvalorizados pelos profissionais de saúde, por eles possuírem um outro conhecimento.

O que se propõe é que esses diferentes conhecimentos possam ser considerados todos juntos na produção de saúde. E que os profissionais saibam identificar as necessidades de saúde e os direitos do cidadão, respeitando-se os diferentes grupos e movimentos sociais, gêneros, etnias, raças, orientações sexuais e populações específicas (povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)

Por isso é tão importante a participação dos cidadãos, dos movimentos sociais e das redes sociais não somente nos Conselhos e Conferências de Saúde, mas também na intervenção e recriação permanente das normas que regulam as práticas e as políticas de saúde. É possível fazer isso discutindo, conversando com os vizinhos, amigos, parentes, participando e debatendo propostas de melhorar o atendimento em saúde com as associações de bairros e movimentos sociais.

Trocar idéias e opiniões ajuda a pensar e criar soluções que podem vir a melhorar o atendimento em saúde. Uma outra forma de participação é a criação de conselhos de gestão participativos, locais, nas unidades de saúde e hospitais. Ampliar a conversa não só é bom, como também é um direito da população, conforme estabelece a Lei 8.142/1990 citada anteriormente.

Quando a população cria maneiras de cuidar da saúde, quando dá sugestões para melhorar o funcionamento nos postos, centros de saúde e hospitais, quando troca idéias ensinando e aprendendo soluções que podem resolver os problemas que aparecem no dia a dia, os usuários também estão participando. A troca desses saberes é um elemento importante de participação. Sempre temos muito a ensinar e muito a aprender. Afinal um SUS democrático não se fará sem o que chamamos de protagonismo dos usuários, ou seja, sem conversa, sem debate, sem troca de saberes, sem resolutividade, sem co-responsabilidade.

A humanização também implica em criar um ambiente físico, social, profissional e de relações entre as pessoas capaz de ser acolhedor, humano e resolutivo. Isso quer dizer promover um acolhimento nos serviços, através da criação de lugares, espaços destinados a receber e escutar os usuários, onde se possa trocar, conversar, dar respostas e resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram as unidades, não deixando de atendê-las. Ou seja, os profissionais de saúde devem se responsabilizar pelos seus pacientes e estar preparados para orientar, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para

continuidade da assistência, além de estabelecer articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos.

Nesta ambiência ou neste conjunto de coisas é importante o acolhimento, a atenção dispensada ao usuário e a interação entre os trabalhadores e gestores.

Um exemplo do que está se falando é que com essa nova política, a relação entre profissional de saúde e usuário é totalmente diferente. O usuário passa a saber, por exemplo, quem é o seu médico, conhecê-lo pelo nome e saber qual o tipo de tratamento a que será submetido. Se o usuário sabe tudo isso, ele passa a ser também responsável pelo seu processo de restabelecimento e produção de saúde. Do mesmo modo, esse profissional de saúde passa a ser o responsável pelo tratamento desse usuário, mesmo que ele seja encaminhado para outras unidades de saúde para fazer exames ou consultar médicos especialistas.

O HumanizaSUS pretende uma nova relação entre usuários, os profissionais que os atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis. Que atenda bem a toda comunidade respeitando as diferenças raciais e culturais.

O que se deseja com a Política Nacional de Humanização (PNH):

☞ Reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando a capacidade de atendimento, feito de modo acolhedor e resolutivo. Com essa nova política, todos os profissionais de saúde podem acolher e se responsabilizar pelo usuário independente de sua formação específica. Ou seja, ao chegar ao serviço de saúde, o usuário é recebido (acolhido) por um profissional de saúde que pode ser um médico, um enfermeiro, um assistente social que vai ouvi-lo buscando avaliar suas queixas e assim encaminhar para o atendimento que de fato é necessário, se responsabilizando para dar uma resposta ao problema. Mas para isso acontecer é necessário que toda a equipe que atua no serviço de saúde tenha condições técnicas, formação para saber ouvir o usuário e decidir pelo melhor encaminhamento. Com isto, muda a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada, sem avaliação do grau de gravidade do problema de saúde do usuário, como acontece atualmente na maior parte dos serviços de saúde. Em geral, o que acontece é que o cidadão chega com um problema sério na unidade de saúde e fica horas numa fila para ser atendido pelo único profissional que é atualmente considerado capacitado para acolhê-lo, que é o médico. Mesmo que os outros usuários tenham problemas menos sérios do que o dele, ele só será atendido quando chegar a sua vez na fila de espera;

☞ Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde. Temos o direito de saber não somente o nome dos profissionais que atendem, mas também acompanhar e compreender como se dá todo o processo do atendimento. Além disso, os serviços de saúde se responsabilizarão por manter o atendimento aos usuários sempre nos mesmos lugares de referência. Essas equipes de referência serão responsáveis por um grupo de pacientes que ficarão sob os seus cuidados. Isso muda a relação do usuário com os profissionais de saúde permitindo que haja uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e os usuários, de modo que não se sintam perdidos e desorientados quando forem encaminhados para outras unidades, pois sempre retornarão à sua equipe de referência para acompanhamento do seu estado de saúde. (para entender mais, veja cartilha sobre Clínica Ampliada, Equipes de Referência e Apoio Matricial);

☞ As unidades de saúde garantirão que o usuário tenha todas as informações que precise, que ache necessário. O usuário terá garantido também o direito de ter o acompanhamento de pessoas de sua rede social, do seu meio (parentes, amigos, ou qualquer outra pessoa de sua livre escolha). Quando uma pessoa fica doente e isolada dos seus parentes e amigos, o resultado do tratamento pode ser mais lento, mais difícil. A presença de pessoas do seu meio garante um elo entre o paciente e seu mundo. Os acompanhantes fazem parte do processo de cuidar, pois trazem o ambiente de casa - do calor da família ou de amigos - para junto do paciente, fazendo com que não se sinta sozinho e isolado, ajudando muitas vezes a restabelecer sua confiança. Também terão garantidos os direitos do Código dos Usuários do SUS que é uma importante conquista e está em

fase de aprovação no Congresso. Trata-se de um documento que define os direitos do cidadão no sistema de saúde do Brasil.

☞ As unidades de saúde garantirão também gestão participativa, aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

A Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS, propõe mudanças nas práticas de saúde no Brasil reafirmando a importância do SUS e de seus princípios, pois em vários locais de nosso país há um SUS que dá certo. Este SUS, que podemos encontrar nas mais diferentes regiões do país, deve nos servir de orientação para as mudanças que queremos e devemos realizar. Humanizar o SUS é criar novos modos de trabalho, novas maneiras de pensar os serviços para que se ofereça um atendimento de saúde com melhor qualidade aos cidadãos. Essas novas propostas já foram testadas em alguns serviços de saúde espalhados pelo Brasil afora, e encontram-se descritas em outras cartilhas que foram feitas para debater essas questões com os profissionais de saúde.

Essas cartilhas estão disponíveis nos postos e centros de saúde, hospitais, secretarias estaduais e municipais de saúde. Procure a unidade de saúde mais próxima de sua moradia, converse com os profissionais de saúde e gestores. Participe dos grupos de trabalho de Humanização (GTHs) que estão sendo criados nas unidades de saúde e secretarias, nestes espaços também estão sendo discutidas maneiras de construir um SUS democrático e de qualidade.

Conheça as outras cartilhas da PNH:

- Acolhimento com classificação de risco
- Ambiência
- Clínica Ampliada
- Equipe de Referência e Apoio Matricial
- Gestão e Formação nos Processos de Trabalho
- Gestão Participativa/Co-Gestão
- Grupo de Trabalho de Humanização
- Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante

TRABALHO E REDES DE SAÚDE: VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, pretende 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, 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 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 despence 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 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. É 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 questiona as prescrições e constrói 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)⁸

A Saúde é entendida como a capacidade dos seres humanos de produzir novas normas (ser normativo) frente às diversidades que se lhe 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 aprendizagens 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 da saúde – atores principais dos processos de trabalho nos diferentes estabelecimentos – e aqueles que, também trabalhadores, portam conhecimentos específicos e 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)⁹, 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 de Segurança e Saúde no 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) e, quanto um espaço de embotamento, riscos e sofrimento. As problematizações 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

⁸ As Comunidades Ampliadas de Pesquisa – CAPs – apresentam-se como um legado histórico de luta do movimento dos trabalhadores italianos na constituição do que denominaram ‘Comunidades Científicas Ampliadas, foi desenvolvida na realidade francesa e estamos afirmando a possibilidade de sua construção no Brasil. (Athayde et al. 2003)

² O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), como dispositivo da PNH, tem como norte metodológico o Programa em Saúde, Gênero e Trabalho, realizado em escolas públicas por pesquisadores da FIOCRUZ, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Espírito Santo e se constitui como um instrumento de pesquisa e formação dos trabalhadores em defesa da vida e da saúde no trabalho. Para a efetivação do PFST foram utilizados os textos do Caderno de Textos do referido Programa (Athayde et al. 2003) e feitas as adaptações necessárias para os trabalhadores da saúde.

criação, construção e aprendizagem no coletivo, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.

Através 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 GTH's, 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 onde 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, por que 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 3 momentos, coordenados pelos próprios participantes do curso (equipe de multiplicadores, sem a presença de consultores).

O momento 01 subdividiu-se em 11 encontros de 2 horas cada; o momento 02 subdividiu-se em quatro encontros mensais; o momento 03 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: (i) Saúde; (ii) Trabalho e Gestão; e (iii) CAPs. Antes disso, foram realizadas duas apresentações específicas sobre o Humanizaus/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 inscreverem 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

1. Apresentação dos consultores e dos participantes.
2. Aplicação de instrumento de avaliação (pré-teste): É indicado um número para o questionário de cada participante, assegurando a preservação do anonimato.
3. 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.
4. PNH – apresentação dos conceitos e diretrizes da Política de Humanização.
5. PFST – apresentação da proposta de formação e estrutura do Programa.
6. Estabelecimento do Contrato – horário e funcionamento da dinâmica grupal.

Para iniciar a reflexão sobre o tema do primeiro encontro – saúde – lançou-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 através da leitura do texto 01 “Saúde, cadê você?”: dividiu-se o grupo em sub-grupos (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

1. Resgate das atividades realizadas anteriormente, a partir do tema “saúde do trabalhador” – sua importância para a concretização da PNH
2. Apresentação da consolidação das informações do instrumento pré- teste, aplicado no primeiro dia, sobre o tema “trabalho”. Também aqui foi possível iniciar os trabalhos com um levantamento sobre o conceito de trabalho.
3. 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 sub-grupos, sob a moderação dos consultores. Todos os grupos leram os três textos.
4. Discussão do tema “trabalho/gestão e saúde do trabalhador” no grande grupo.
5. Solicitação de leitura prévia do texto sobre CAPs: Comunidades Ampliadas de Pesquisa.
6. Fechamento das atividades do dia e esclarecimentos sobre o funcionamento dos demais encontros

Terceiro dia do primeiro ciclo

1. Discussões sobre saúde e trabalho/gestão e sobre as CAPs.
2. 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.
3. Definição do tema a ser analisado pela CAP (delimitação do foco de análise): a partir da consigna "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.
4. Construção de um "mapa de risco" na parede. Ou seja, constrói-se um painel que possam ser visualizadas dificuldades do ambiente de trabalho que causam desgaste e sofrimento no cotidiano profissional.
5. 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.
6. Desdobramento do tema escolhido, por meio da exploração de sua significação para a equipe. Ampliar a discussão para sub-temas que deverão ser objeto de análise do grupo. Discussão do modo como seriam trabalhados estes sub-temas: meios de observação e definição dos recursos metodológicos mais adequados: instrumentos (questionários com perguntas fechadas e/ou abertas), uso de imagens (registros fotográficos) etc.

ENCONTROS SEQUENCIAIS da CAP: Segundo Ciclo

Primeiros, segundos e terceiros encontros do Momento 01 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 02, coordenados pelos consultores.

Coube aos pesquisadores-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 02, o processo de trabalho realizado nesses encontros do Momento 01.

Segundo Ciclo - primeiro encontro do Momento 02 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 as presenças 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 sub-temas; 3) Analisar as propostas de registros e análise 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) Análise do 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 02 (com a presença de consultoria) fosse realizada a análise das informações "colhidas".

Segundo Ciclo - Segundo encontro do Momento 02 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 realizados tanto no momento 02 (reunião dos multiplicadores) quanto no momento 03 (pesquisa de campo individual/dupla): solicitar que todos os multiplicadores falassem de suas observações no campo; 3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que lhe 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 02 (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 02 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 lhe parecesse necessário; 2) Conhecer o trabalho de aplicação dos instrumentos, de observação e de análise realizados tanto no momento 02 (reunião dos multiplicadores) quanto no momento 03 (pesquisa de campo individual/dupla): solicitar que todos os multiplicadores falassem de suas observações no campo; 3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que lhe 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 contribuíram para que alguns setores fossem mais contemplados do 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 inscrições em relação aos problemas percebidos nos locais de trabalho, como por exemplo: entrosamento entre setores, a comunicação interpessoal, relações/processo de trabalho, condições de trabalho, vínculo empregatício, número de pessoal e investimento na formação dos trabalhadores. O compromisso entre profissional de

saúde e 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 processo de trabalho fazem com que muitos trabalhadores “adoçam”. O estresse devido ao trabalho realizado e 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 participarem do PFST também constitui um dado importante de análise. Muitas respostas concentram-se na questão de relação trabalho/saúde, como: 1) construir meios que assegurem melhor qualidade de vida, evitando que o trabalhador adoça; 2) contribuir na atenção à saúde dos colegas; 3) tornar o local de trabalho mais interessante e humanizado tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários; 4) contribuir para as relações de trabalho e a valorização do trabalhador. A questão da gestão também aparece como mobilizadora da participação, assim como a possibilidade de formar-se multiplicador do Programa.

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

Bibliografia

- ATHAYDE, M. R. C., BRITO, J. & NEVES, M. (Orgs.). (2003). Caderno de Método e Procedimentos - Programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas. João Pessoa: Editora Universitária, UFPb.
- CAMPOS, G. W de S. (2003). Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec.
- CANGUILHEM, G. (2000). O normal e patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

VISITA ABERTA E DIREITO À ACOMPANHANTE

Esther Albuquerque e Vera Figueiredo.

- Visita aberta: é o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. (glossário da PNH)
- Acompanhante: representante da rede social do doente que o acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar.

Levando em consideração o conceito de clínica ampliada como *“trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”*, devemos incluir a visita e o acompanhante como pontos essenciais para a concretização desta proposta.

Cuidar é um conceito amplo, que envolve os tratamentos propostos mas também a criação de um ambiente que remeta a pessoa cuidada a um conforto de base, um reencontro com ela mesma, fazendo nascer uma confiança íntima proveniente deste encontro. Remeter a pessoa a este estado de confiança é uma qualidade do cuidar. Somente quando a pessoa se encontra neste estado, capaz de ser ela própria, reaquecida com seu próprio calor, os tratamentos propostos podem ser eficazes.

Quando uma pessoa fica doente e é internada em uma unidade de tratamento ela perde parte ou toda a capacidade de se reencontrar. Tudo o que, vindo do exterior, a remete a este lugar do íntimo, pode ajudar na sua reabilitação.

Qual a situação atual da visita e do acompanhante nos serviços de saúde?

- Visita e acompanhante como elementos que obstruem o trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida.
- Falta de estrutura física e elementos humanos destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes.
- Dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente.
- Ausência de possibilidades de permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar.

Por quê redimensionar o espaço da visita e do acompanhante em um hospital?

- Para captar melhor os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial dele.
- Para ajudar na identificação das necessidades do doente, através da fala dos familiares, compondo o quadro dos seus principais problemas.
- Para manter a inserção social do doente durante toda a sua internação.
- Para permitir desde o início a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação.
- Para incluir, desde o início da internação, a comunidade nos cuidados com a pessoa doente.
- Para fortalecer na pessoa doente, a sua identidade própria.

Visita : uma necessidade vital

Quando uma pessoa é internada em um hospital ela não tem mais os ecos que tinha no seu cotidiano para ser confirmada em sua própria existência. Tudo o que, vindo do contexto exterior,

pode permitir esta confirmação do íntimo, vai contribuir no seu tratamento. A visita permite à pessoa internada receber uma confirmação da sua própria existência. Isto é uma necessidade vital de todos nós: receber de uma testemunha uma confirmação da própria existência.

Visita: manutenção do contexto

A visita é um elemento que contribui para que no doente seja mantida a continuidade entre o contexto de vida na família e na comunidade e o ambiente hospitalar, fazendo-o sentir menos destacado de sua própria vida.

A visita traz o cheiro do exterior para dentro do hospital, fazendo uma instituição onde a continuidade da vida das pessoas internadas é respeitada.

A visita é a presença da comunidade no seio do hospital, a expressão do autêntico da vida da pessoa internada.

Hospital: um “espaço protegido”

Espaço protegido é um espaço percebido pela pessoa como sendo um lugar onde a integridade da própria vida fica assegurada e promovida. Em um hospital, os profissionais de saúde são os promotores e guardiões deste espaço.

Os familiares, percebendo os cuidados dos profissionais da saúde para manter a qualidade deste espaço, poderão naturalmente prolongá-lo até a casa, fazendo também do espaço da casa um lugar reabilitativo, um verdadeiro ambiente de vida ajustado à situação atual.

Assim a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao doente, neste momento particular de sua existência. A volta para casa acontecerá naturalmente, não havendo necessidade de “reinserção social”, já que o doente não ficou desinserido do seu meio.

Orientações para implementação da visita aberta e do acompanhante:

- Visitas e acompanhantes incluídos como parte do plano de cuidados do doente (procurar conhecer como se compõe a sua rede social e como contatá-la).
- Equipe multidisciplinar para acolhimento da visita e do acompanhante, dando instrumentos para potencializá-la na sua qualidade.
- Adequação de locais para que os doentes em condições possam receber os visitantes fora do leito.
- Equipe de referência para considerar demandas específicas: visitas fora do horário determinado, número de visitantes fora do estabelecido, etc.
- Presença de um integrante da equipe de cuidados no momento da visita.
- Flexibilidade nas normas para troca de acompanhantes fora dos horários estabelecidos, respeitando as necessidades dos mesmos.

Vejamos um exemplo:

Um serviço de clínica médica em Belo Horizonte percebeu que um certo paciente não estava recebendo visitas. Ele reagia pouco aos tratamentos. A assistente social da equipe de cuidados identificou que sua família morava distante, e que isto era motivo de certa nostalgia. A equipe então procurou contatá-la. Um dia chegaram para visitá-lo seis pessoas da família, vindas do Pará. Já havia encerrado o horário de visitas daquele dia. A equipe foi informada pela portaria desta situação. Foi então permitida a entrada de todos os familiares. O hospital já tinha se preparado para acolher casos especiais, e todos os funcionários mantinham um olhar atento a estas situações. Tinha também adaptado um pequeno local onde o paciente pudesse receber suas visitas mais à vontade. Depois desse fato, o estado de ânimo do paciente mudou, refletindo na resposta clínica ao tratamento. A adoção desta postura flexível trouxe mais satisfação para toda a equipe do hospital, que passou a ver de uma forma mais integral as necessidades do paciente.

APRIMORANDO O CUIDADO

Esther e Mercedes

Para cuidar de alguém
No momento da enfermidade
Precisamos do calor
De toda a comunidade,
Dos amigos, da família,
De muita fraternidade

Por isso preste atenção
Naquilo que vou falar
Visita é uma coisa séria
Ajuda o doente a curar
Faz ele ficar ciente
Do que acontece no lar

Quando a doença pega
A pessoa desprevenida
Perdemos a confiança
Ficamos frágeis na vida
Tudo fica diferente:
Passamos a ser doente

A casa fica distante
E tudo o que se fazia
A vida muda bastante
Parece ficar vazia
Ficamos sem paciência
E também sem alegria

Mas quando, no hospital,
Chega a hora da visita
Vem um clima diferente
E a gente acredita
Que tudo vai melhorar;
Que a vida vai ser bonita

A visita dos parentes
E dos amigos distantes
Dá força pra levantar
Tocar a vida adiante
Sentindo que essa presença
Nos deixa mais confiantes

A gente sente melhor
Dá vontade de comer
Falar das coisas da vida
Do que cerca o seu viver.
Então já não sou só doente
Tenho um nome, sou um ser.

Tenho um nome, SOU UM SER...
Que tem sua própria história

E posso mostrar pras pessoas
Toda a minha trajetória
E tudo o que sei e sou.
Faz parte do meu viver!

Se o parente não chegou
Na hora do combinado
Pegou o caminho errado
Chegou um pouco atrasado
Não tem porque não entrar
É preciso entender
Que não foi caso pensado

Outra coisa é o horário
Que é sempre muito pouco
Pra tanto o que se falar
Pra tanto tempo distante
Seria muito melhor
Que tivesse acompanhante

Pra ajudar nos cuidados
E pra fazer companhia
Vigiar quando preciso
Sei que é muita correria
Não tem porque dispensar
Esse apoio dia a dia

Digo então pros hospitais
Como doente que fui:
Visita nunca é demais
É força que contribui
Pro enfermeiro ou doutor
Aliviar minha dor

Por fim quero dizer
Reforçando o meu recado:
No plantio da semente
Deve o chão tá preparado
Senão tem um grande risco
De nascer atrofiada

Meus amigos, meus irmãos
Que trabalham na saúde
Preparem o coração
Mudem de atitude
Acolhendo os visitantes
De forma ampla, afinal

Que os serviços de saúde
E toda gente envolvida
Possam ser os guardiões
E os promotores da vida
Adotando a visita
Aberta no hospital.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a importância do fortalecimento do SUS como política pública de saúde pelas três esferas de governo e pela sociedade civil;

Considerando a Lei 9.656/1998 da Saúde Suplementar, sua regulamentação e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961/2000);

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003;

Considerando a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais;

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão;

O Ministro da Saúde publica a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Princípio 1º

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

- I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica, próximas ao local de moradia;
- II. Nas situações de urgência/emergência o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;
- III. Em caso de risco de vida ou lesão grave deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique em maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;
- IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde, indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;
- V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;
- VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

- VII. O acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva;
- VIII. A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente as pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

Princípio 2º

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

- I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde.
- II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares/acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:
 - a. hipóteses diagnósticas;
 - b. diagnósticos confirmados;
 - c. exames solicitados;
 - d. objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
 - e. riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
 - f. duração prevista do tratamento proposto;
 - g. no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
 - h. finalidade dos materiais coletados para exames;
 - i. evolução provável do problema de saúde; e
 - j. informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário.
- III. Registro em seu prontuário entre outras, das seguintes informações de modo legível e atualizado:
 - a. Motivo do atendimento/internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem, e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
 - b. registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; e
 - c. identificação do responsável pelas anotações:
- IV. O acesso à anestesia em todas as situações em que esta for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;
- V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:
 - a. o nome genérico das substâncias prescritas;
 - b. clara indicação da posologia e dosagem;
 - c. escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
 - d. a não utilização de códigos ou abreviaturas;
 - e. o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
 - f. a assinatura do profissional e data.
- VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia e/ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial.

- VII. Encaminhamentos para outras Unidades de Saúde observando:
- a. caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;
 - b. resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
 - c. a não utilização de códigos ou abreviaturas;
 - d. nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
 - e. identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

Princípio 3º

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

- I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;
- II. Profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis, ou outras formas de identificação de fácil percepção;
- III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:
 - a. integridade física;
 - b. privacidade e conforto;
 - c. individualidade;
 - d. seus valores éticos, culturais e religiosos;
 - e. confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
 - f. segurança do procedimento;
 - g. bem estar psíquico e emocional;
- IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária não inferior a duas horas, durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;
- V. Se criança ou adolescente em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;
- VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo/benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;
- VII. A opção pelo local de morte;
- VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a este profissional o acesso ao prontuário.

Princípio 4º

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

- I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação e ter sido informado pela operadora, da existência e disponibilidade do plano referência;

- II. O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;
- III. Acesso a qualquer momento, pelo paciente ou terceiro por ele autorizado, ao seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;
- IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar;
- V. Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou recusa dado anteriormente poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.
- VI. Não ser submetido a nenhum exame sem conhecimento e consentimento em locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;
- VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;
- VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;
- IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;
- X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação;
- XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes/diretores e gestor responsável pelo serviço;
- XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde, e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade;
- XIII. Participar dos processos de indicação/eleição de seus representantes nas conferências, conselhos nacional, estadual/Distrito Federal, municipal e regional/distrito de saúde e de conselhos gestores de serviços.

Princípio 5º

Todo cidadão deve se comprometer a:

- I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, consultas e internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos/drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;
- II. Manifestar a compreensão sobre as informações/orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;
- III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;
- IV. Informar ao profissional de saúde/equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;
- V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;
- VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo/produtos derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.
- VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;
- VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;

Excluído: ,

- IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta Carta;
- X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;
- XI. Comunicar aos serviços de saúde e/ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e oferta de produtos e serviços que afetem a saúde, em ambientes públicos e privados;
- XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

Princípio 6º

Os gestores do SUS das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

- I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;
- II. Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;
- III. Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;
- IV. Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde adequando-os à esta Carta;
- V. Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do Sistema de Saúde.

AMBIÊNCIA: HUMANIZAÇÃO DOS "TERRITÓRIOS" DE ENCONTROS DO SUS

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

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as *situações que são construídas*. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

→ O espaço que visa a *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 aos usuários.

→ O espaço que possibilita a produção de subjetividades - encontro de sujeitos – *por meio da ação e reflexão* sobre os processos de trabalho.

→ O espaço como *ferramenta facilitador*

→ *a do processo de trabalho*, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

1. 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 e atribuíram muito do fato 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 destes elementos que estão aqui colocados:

- A Morfologia – formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;
- A 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 toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol - e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;

- O 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;
- A Sinestesia – diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;
- A Arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;
 - A 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;
 - O Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, “locais” de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descrevemos mais adiante, podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai-chi, etc) tanto para trabalhadores como para usuários;
- Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando 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;
- A confortabilidade também pressupõe possibilitar acesso aos usuários às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências, assim como a bebedouros.

A concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se que ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.

Nesse sentido, é importante que ao criar essas ambiências se conheçam e respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva *da comunidade em que está se atuando*. Construindo ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam na promoção do bem-estar, desfazendo o “mito” desses espaços que abrigam serviços de saúde de serem frios e hostis.

2. 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, quando entendemos que 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 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 também proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

Ao falarmos de produção de sujeitos nos referimos a incorporação também dos que atuam na ponta do serviço - como enfermeiros, médicos, recepcionistas, dentre 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 que se sentem melhor.

Por exemplo, ao pensarmos os espaços das unidades de urgência e emergência de acordo com a atenção por nível de gravidade - preconizada pelo Ministério da Saúde na Política de Qualificação da Atenção e da Gestão para Urgência e Emergência - observamos que esses espaços são organizados de modo a agrupá-los por setores de acordo com o atendimento dos pacientes graves e dos aparentemente não graves.

Para essa nova concepção de modelo de atenção e gestão, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só é possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, práticas e 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 1).

As Unidades Básicas devem ser pensadas de maneira a promover os encontros entre trabalhadores e entre esses e a comunidade usuária.

São equipamentos urbanos de referência nesses 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 desses equipamentos que deve ser construído e pactuado entre equipe trabalhadora e comunidade usuária. Por outro lado, em espaços/construções que já existem e estão concebidas em estruturas físicas mais fechadas, mais isoladas, “mais rígidas”, salientamos a importância dos gestores locais atentarem para possibilidades de alguma mudança, certamente sempre possível, não necessariamente dentro de grandes reformas físicas, mas em termos de adaptações discutidas com a ajuda dos técnicos que têm tratado dessa questão da arquitetura e ambiência na área da saúde.

3. 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 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 propiciem esse processo de mudança*; como instrumento de construção do espaço aspirado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com garantia de bio-segurança relativa a infecção hospitalar e prevenção de acidentes biológicos, se constitua,

em um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

Vejam 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 10 leitos que anteriormente se dividiam em 3 quartos, com espaços fragmentados, pouco otimizados e que inviabilizavam a presença do acompanhante, hoje estão dispostos em um amplo salão, ao redor de um posto de enfermagem central - separados por cortinas divisórias propiciando tanto a privacidade dos usuários e seus acompanhantes, como a vigilância e fluidez ideais para o trabalho da enfermagem. A otimização do espaço possibilitou o trabalho com uma equipe única e multiprofissional, além de ter ampliado o espaço de acomodação, possibilitando a presença de acompanhantes. Foi também desenvolvido um trabalho com cores e arte, que tornou o ambiente acolhedor e menos estressante. Essas transformações conceituais somente foram possíveis devido à participação dos trabalhadores e usuários no processo de discussão e construção do projeto.

A Ambiência e suas interfaces com outros dispositivos da PNH:

Trabalho com Equipe de Referência – Historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças, aos procedimentos e tarefas e não nos objetivos comuns de trabalho. Além da 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 espaço 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 ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, ao invés apenas de compartimentos com usos específicos que consolidam verdadeiros “feudos” nos espaços de saúde - a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.

Na Atenção Básica, esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, como por exemplo os espaços de acolhimento da entrada, as áreas de encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Temos cada vez mais reafirmado a importância de se criarem/adaptarem 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 ambiente de escuta. O espaço pretendido difere em muito do acesso que tem hoje o visitante na maioria dos serviços – que muitas vezes são extremamente frios e degradados. É importante também que tanto o visitante quanto o acompanhante tenham acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros. Podemos pensar também em salas onde o paciente em condição possa receber visita fora do leito.

Direito à Acompanhante – não basta garantir o direito à acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades. Por exemplo: nos pronto socorros, nos serviços de SADT, nas enfermarias, nas esperas dos centros cirúrgicos, nas UTIs etc, de maneira que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música.

Informação, Sinalização e Acessibilidade – Os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, e também facilitação física para acesso, que não excluam pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas ou ainda que não saibam ler, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções. Essa comunicação já deve começar no entorno, na cidade, nos próprios territórios de áreas de abrangência de unidades básicas locais, implementando e informando sobre vias de

acesso com fluxos fáceis e adequadamente orientados aos diferentes serviços, com sinalizações capazes de conduzir os usuários a caminho dos equipamentos de saúde.

O Trabalhador nos Serviços de Saúde – é importante que as áreas de apoio para o trabalhador - como estar, copa e banheiros - estejam bem localizadas, seja em número suficiente e para todos os profissionais. As áreas de apoio como lavanderia, farmácia, almoxarifado, serviço de nutrição e dietética, central de esterilização de materiais, laboratórios e outros, além de adequadas funcionalmente, devem propiciar espaços de trabalho prazerosos.

Respeito à cultura e às diferenças – os espaços de saúde tem peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas... Todas elas devem ser preservadas. É preciso considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando. Vale lembrar que existem pré-conceitos referentes à concepção dos espaços da saúde que muitas vezes refletem uma cultura social dominante, onde o arquiteto e um pequeno grupo dirigente intervêm e decidem sobre a configuração espacial de um edifício pautando-se muito mais em seus próprios conceitos, nas regras e normas padronizadas, do que no estudo do cotidiano da Instituição.

Acolhimento – O Acolhimento pressupõe a criação de *espaços de encontros entre os sujeitos*. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já colocadas.

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 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 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 ao poder de criação do arquiteto.

Anexo 1

A Ambiência nas Urgências e Emergências – Algumas peculiaridades, seguindo os pressupostos da atenção por nível de gravidade: o acolhimento e a classificação de risco. Para a organização das funções e facilidade de entendimento, o espaço identificado e setorizado por cores torna-se uma

ferramenta eficiente de sinalização, podendo ser caracterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento:

O EIXO VERMELHO: No eixo vermelho propõe-se uma direcionalidade que se relaciona ao cuidado do paciente grave com um agrupamento composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

Área Vermelha: nesta área está a sala de emergência onde muitas vezes a ambiência não é considerada, uma vez que se pretende o atendimento de alta gravidade e a tecnologia é colocada como único elemento que compõe o espaço. Porém, questões de cor, cheiro, luz e aeração, são importantes principalmente para o trabalhador que vivencia esse espaço sob grande estresse. Devem ser considerados também próximos à emergência espaços de apoio - estar e copa - para os trabalhadores. Boxes especiais para procedimentos invasivos ou para atendimento de crianças que constituem ferramenta importante para otimização de recursos tecnológicos, melhora do padrão de assepsia e evitam situações constrangedoras e traumáticas. É importante nessa área uma ligação e comunicação eficiente com o espaço prévio de acolhimento, garantindo a informação aos acompanhantes sobre a situação dos pacientes que aí se encontram, uma vez que esta é uma área de recuperação da vida e intervenção, não sendo adequado a presença do acompanhante.

Área Amarela e Área Verde: são compostas por sala de retaguarda (para pacientes em estabilização, críticos ou semicríticos) e sala de observação, respectivamente. Em ambas as áreas observa-se a necessidade da aplicação equilibrada e harmônica das cores, cuidado de tratamento com a iluminação artificial, proporcionando iluminação natural, prevendo cuidadosamente mobiliários, poltronas para acompanhantes, cortinas ou divisórias, posto de enfermagem que possibilite a visão de todos os leitos, pontos de som e TV, e trabalhar o aroma.

O EIXO AZUL: É o eixo dos pacientes com menor risco. Sendo focado seu atendimento no acolhimento e na classificação de risco, estabelecendo-se uma metodologia para melhor entender as reais necessidades dos usuários, sejam elas de ordem físicas, orgânicas ou subjetivas, uma vez que acreditamos que a urgência também é definida socialmente. Nos casos de urgência o usuário por meio da identificação do risco é imediatamente encaminhado à assistência médica. Portanto, esse eixo possui minimamente dois planos de atendimentos a ele relacionados:

Plano 1: Aí estão os espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Esta área deverá ser ampla e confortável, integrada ao entorno (ligando interior e exterior), onde todos os componentes já citados sejam exaltados. Constitui-se de uma área central focada no acolhimento que objetiva a escuta das necessidades dos usuários, a orientação de fluxos e a priorização do atendimento de acordo com o grau de gravidade.

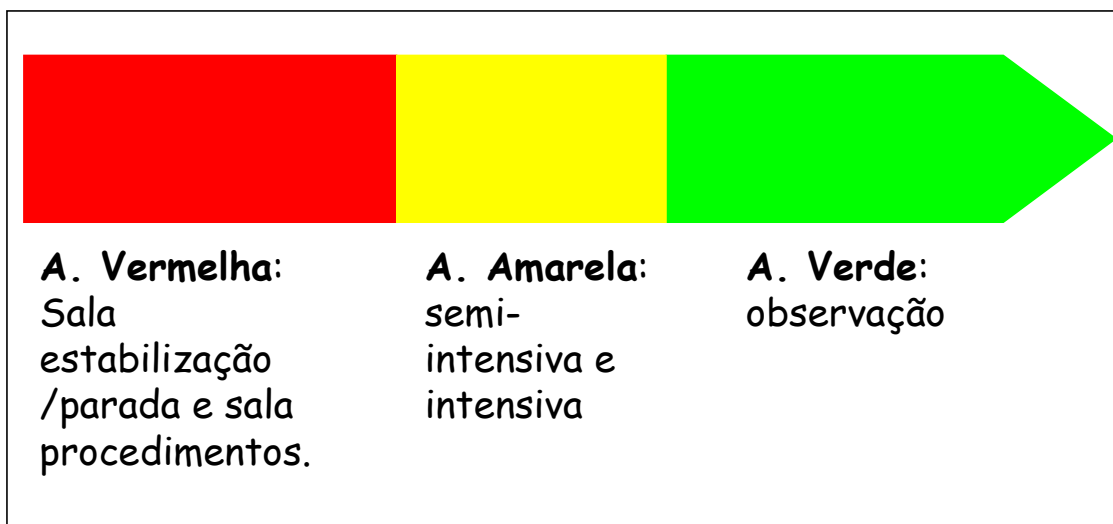
Plano 2: Área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento, que deve ressaltar o acompanhante presente, respeito à individualidade e necessidades do paciente, com fluxos claros, informação e sinalização.

A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e facilidade de entendimento na organização do espaço. Portanto é recomendada a utilização de cores que identifiquem as respectivas áreas e eixos, baseado no sistema adotado pela classificação de risco/vulnerabilidade. Esta utilização pode ser feita de formas variadas – as cores podem ser utilizadas em pequenos detalhes, numa faixa no piso, em uma parede do ambiente, alguma marca no teto, etc.

Eixo Azul: Baixo Risco



Eixo Vermelho: Alto e Médio Risco



Bibliografia

ARNHEIM, Rudolf. Arte e Percepção Visual. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 6ª edição, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para Análise e Co-gestão de Coletivos. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. Rio de Janeiro: In Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 9, n. 3, jul / set 2004.

CARVALHO, Antonio Pedro. Temas de Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002.

HALL, Edward. A Dimensão Oculta. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1989. Tradução de Sônia Coutinho.

JACQUEMOT, Armelle Giglio. Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

JACQUES, Paola. Apologia da Deriva. Escritos Situacionista sobre a cidade. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra, 2003.

JUNG, Carl G. The Man and His Symbols. Londres: Aldus Books Limited, 17ª Edição.

JUNG, Carl G. The Man and His Symbols. Londres: Aldus Books Limited, 17ª Edição.

LACY, Marie Louise. O Poder das Cores no Equilíbrio dos Ambientes. São Paulo: Ed. Pensamento, 1996.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público

VERDERBER, Stephen e FINE, David J. Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation. London: Yale University, 2000.

Nota: (1) e (2) – Experiências com transformações de Ambiências na Santa Casa de Limeira.