

INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DO CUIDADO.

**Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2ª. edição; São Paulo, SP.*

Túlio Batista Franco
Professor da Universidade Federal Fluminense.

Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Introdução.

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde. Em recente estudo realizado pela gerência de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), constata-se que houve um aumento de 22,7% nos gastos com atenção secundária e um aumento em média de 24,5% no número de procedimentos realizados entre o ano de 2.000 e 2.002 (MAGALHÃES JR et al; 2002). Apesar disto, o mesmo estudo identifica

que se vive hoje um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS.

Em 2003, a questão a integralidade de atenção à saúde, no projeto BH-VIDA¹, passa a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar. O projeto passa a chamar-se desde então de “BH-VIDA: Saúde Integral”.

A Rede Básica e Secundária na Saúde Integral.

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica.

¹ O Projeto BH-VIDA foi implantado junto à rede básica de assistência à saúde no ano de 2002. Refere-se à formação de Equipes de Saúde da Família (ESF), às quais são adscritos os usuários, com prioridade para áreas de risco. Para apoiar a atenção especializada, em algumas regiões do município foram organizadas equipes de especialistas referenciados a um determinado número de ESF.

“Do total de encaminhamentos analisados (1.343), 22.4% não continham qualquer informação clínica, que somados aos 48.92% que continham apenas uma informação (a hipótese diagnóstica ou o sinal ou sintoma presente), encontramos um total de 70.96% de guias com informações insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva no nível secundário. Além disto, este dado pode indicar uma utilização restrita dos recursos disponíveis no nível da atenção básica ou a desvinculação entre equipes e os usuários nas Unidades Básicas”. (MAGALHÃES JR et al; 2002).

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. (MERHY; 1998). O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário. O atual modelo assistencial

se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário. (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO; 1999). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico², o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em

² O modelo médico hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico. (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 1999).

máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário. (MERHY; 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Construindo as “Linhas do Cuidado”.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz CECÍLIO & MERHY: “... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...”. (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E.; 2003).

Imaginamos portanto que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais

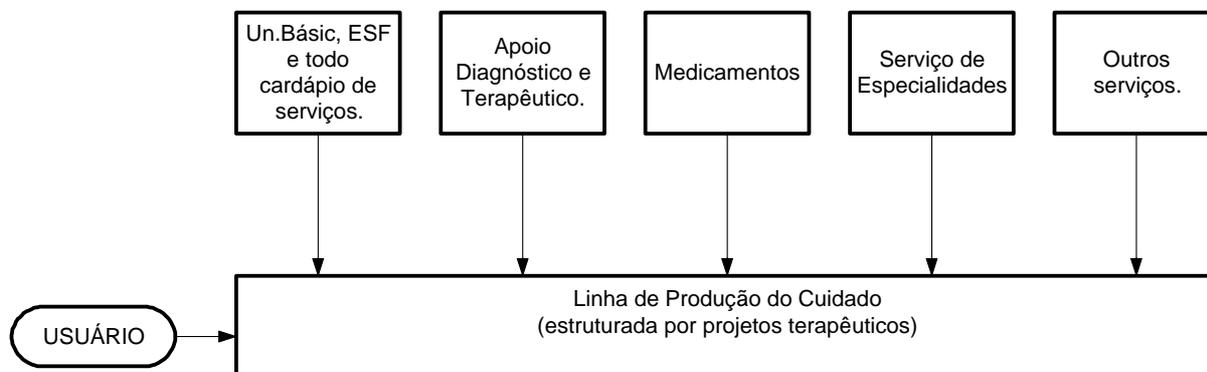
fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

Em junho de 2.003, o “BH-VIDA: Saúde Integral” tinha na rede básica 463 Equipes de Saúde da Família (ESF) organizadas, com meta para atingir 503 até o final do ano, cobrindo efetivamente 70% da população. Estruturadas prioritariamente nas áreas de risco do município, as equipes têm o desafio de trabalhar o território e domicílio, mas ao mesmo tempo dar uma resposta eficaz à demanda não programada que recorre à Unidade de Saúde, incluindo a população não vinculada às ESF, a qual deve ter a mesma qualidade da assistência.

No “BH-VIDA: Saúde Integral”, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim todos os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.

Esta discussão dá sentido para a idéia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Para melhor entender como se dá a organização de uma linha do cuidado na rede de assistência integral, demonstramos no diagrama abaixo seu funcionamento.

FIGURA 1.



No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contra-transferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário.

Desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS. Sendo uma primeira experiência de radical integralidade na atenção à saúde, propôs-se organizá-las no “BH-VIDA: Saúde Integral”, inicialmente nas seguintes áreas: Atenção ao Idoso, Saúde da Criança,

Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal.

Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado propostas para serem implantadas, sendo que estes deverão formar um comitê gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a linha do cuidado funcione.

O pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:

- a. Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.
- b. Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”.
- c. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção.

- d. Garantia de contra-referência para a ESF's na Unidade Básica, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.
- e. Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.
- f. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.
- g. Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença, como o programa BH CIDADANIA, programa desenvolvido pela Secretaria de Coordenação Municipal das Políticas Sociais.

É importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência.

Referências Bibliográficas:

- CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público; São Paulo, Xamã, 1998.
- CAMPOS, G.W.S.; A reforma da reforma: repensando a saúde; São Paulo, Hucitec, 1992.
- CECÍLIO, L.C.O. (Org.); Inventando a mudança na saúde; São Paulo, Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

FRANCO, T.B.; Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde; Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.

FRANCO, T.B.; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).

MERHY, E.E.; A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.

NOGUEIRA, R. P. ; Perspectivas da qualidade em saúde; Rio de Janeiro Qualitymark, 1994.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE; "BH-VIDA: Saúde Integral"; Belo Horizonte, 2003. (mimeo).