

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Humaniza
SUS

O HumanizaSUS na Atenção Básica



Brasília – DF
2009

Sou Enfermagem - <https://souenfermagem.com.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS



O HumanizaSUS na Atenção Básica

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

h

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

Espanlada dos Ministérios, bloco G, edifício-sede, sala 954

CEP: 700058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3762 / 3315-2782

Coordenador da Política Nacional de Humanização:

Dário Frederico Pasche

Projeto gráfico e diagramação:

Alisson Sbrana - Núcleo de Comunicação/SAS

Revisão:

Bruno Aragão

Fotos:

Radilson Carlos Gomes

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

E

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Khamila Christine Pereira Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

40 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1581-2

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35.614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0275

Títulos para indexação:

Em inglês: HumanizaSUS in Primary Health Care (Brazil)

Em espanhol: HumanizaSUS en la Atención Básica en Salud (Brasil)

Sumário

Apresentação 04

Atenção Básica: espaço privilegiado
na construção de um SUS humanizado 07

Como? Por onde? Que tensões
e possibilidades podemos criar? 14

Um caso concreto 22

O convite está feito! 36

Referências 37

Apresentação

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A Política Nacional de Humanização não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar. Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação das diferentes diretrizes e dispositivos com que operamos.

As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Brasília, 2009.



Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado

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

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

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS - HumanizaSUS (2003)



considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005). O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede.

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

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

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

Para dar conta de suas responsabilidades, a atenção básica se vale de tecnologias relacionais de elevada complexidade, ou seja, lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas – que dizem respeito aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo – utilizando poucos equipamentos. Precisa dos múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por toda uma equipe de profissionais de saúde na relação com os sujeitos “usuários”. Os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada

Para dar conta de suas responsabilidades, a atenção básica lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas utilizando poucos equipamentos.

um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades.

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

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

A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a ca-

pacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde.

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

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

O Ministério da Saúde tem apontado como prioridade a expansão e qualificação da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família, bem como tem investido na



É um desafio superar a percepção da atenção básica como ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz.

formulação e implementação de políticas neste sentido. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (2007), a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006), o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (2008) são exemplos de políticas coerentes com esta macroprioridade. Existe, portanto, um grande esforço na construção de modelos de atenção à saúde que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos.

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

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

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

Uma das apostas que a Política Nacional de Humanização faz, a partir de experiências concretas, é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários (TEIXEIRA, 2005). Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, de uma visita à casa de uma determinada família, da realização de um grupo ou uma oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local

de Saúde, uma roda de conversa temática, etc. É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um.

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

Para a prática de uma Clínica Ampliada, é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica. Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários

Ter espaço para compartilhar os incômodos e potencialidades pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo.

quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados.

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



- Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Isto pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no “encontro” com pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros;
- Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial – atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade, e não por ordem de chegada;
- Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado;
- Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias;
- Considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras;




- Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.);
 - Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (Caps), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local.
 - Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário;
 - Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que estes gerem informação útil no sentido de apoiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhá-los com a população. Por exemplo: cobertura vacinal, cobertura de aleitamento materno, mortalidade materna e infantil, início precoce do pré-natal, número de casos de doenças transmissíveis, etc.
- Essas estratégias de organização do serviço potencializam a construção de vínculos a partir da prioridade de casos singulares, em que parte da agenda da equipe é definida pelo acompanhamento de famílias e pessoas ao longo do

tempo e outra parte é definida pelos imprevistos, pelas pessoas que chegam com alguma demanda e pelos projetos de saúde coletiva construídos com a comunidade. Dentro desses imprevistos, é fundamental que a atenção básica se responsabilize pelo acolhimento e cuidado aos usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados, cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção.

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

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



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

Também é necessário que se amplie a interação entre os diferentes serviços quando for necessário compartilhar o atendimento da mesma pessoa, definindo as responsabilidades de cada um e coordenação do caso clínico.

No processo de construção de vínculos, responsabilização e resolutividade da atenção básica são muitos os desafios encontrados, que podem ser impulsionadores de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito saúde-doença, de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, ajudando-os a encontrar maneiras singulares de produzir saúde, enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano.



Um caso concreto

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

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

O Sr. Anésio, de 74 anos, era muito conhecido pela equipe de Saúde da Família. Sempre comparecia à unidade com suas queixas, provocando uma sensação de impotência na equipe: estava medicado com as drogas usualmente prescritas, sua pressão

arterial estava controlada, mas o quadro depressivo vinha se mantendo inalterado. A equipe não sabia mais o que fazer.

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

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

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

As pessoas que participaram da visita voltaram com outra visão sobre o “cidadão Anésio”. Chamaram os outros da equipe, a psicóloga da Saúde Mental, e compartilharam o que sentiram. Na conversa, uma possibilidade apareceu: “Estamos num bairro onde há tantos adolescentes vagando por aí sem ocupação,

com poucas atividades. Será que o Sr. Anésio toparia ensinar o que sabe a alguns meninos? Será que alguns meninos topariam aprender marcenaria”?

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

Gradativamente, a oficina cresceu: os agentes comunitários de saúde ajudaram a arranjar ferramentas e sucata de madeira. Um usuário doou o maquinário de uma oficina de carpintaria.

Em outra reunião da equipe, o caso foi compartilhado e as pessoas perceberam que deviam existir muitos “Anésios” na comunidade. Pessoas solitárias, algumas usando antidepressivos, frequentando bastante a unidade, com muita vida latente e, talvez, saberes que também pudessem ser compartilhados com outros. A partir de então, iniciaram um mapeamento de potencialidades naquele que parecia um território tão-somente problemático. E descobriram muitas,

muitas pessoas que sabiam diferentes coisas e tinham o desejo de conviver com outros, de compartilhar seus saberes, de se integrar a diferentes fazeres. E agora, o que fazer? A equipe da unidade básica de saúde conseguiria contribuir nestas articulações com a comunidade?

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

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

Enfrentados alguns destes problemas, foi possível alugar um espaço e nasceu o Portal das Artes. No espaço, foram organizadas várias atividades: além da marcenaria, vieram cursos de artesanato, de línguas, atividades lúdicas, de relaxamento, musicais, etc. O lugar passou também a servir de ponto de articulação para outras atividades no território, como organização de partidas de futebol. Vários profissio-

nais de saúde das unidades próximas passaram a realizar no Portal das Artes atividades distintas daquelas que faziam no cotidiano da unidade básica de saúde, sentindo mais prazer no seu trabalho. A maioria das atividades era realizada por usuários-professores para usuários-aprendizes.

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

Quem está na atenção básica tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento.

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

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

O modo de gestão da Política Nacional de Humanização é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e coavaliação – em uma palavra: a cogestão. A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva, e não somente uma atribuição de especialistas ou detentores de “cargos”, nos leva à conclusão de que a

reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Esta atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores.

Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num outro tipo de serviço ou é de uma área especializada do conhecimento. A equipe tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento para esta população. O especialista tem, no geral, uma outra abordagem. Assim, estes distintos profissionais e serviços podem promover discussões ricas e produtivas para a construção de projetos terapêuticos para os usuários e comunidade. Ao lado disso, este processo contribui para aumentar a autonomia das equipes e dos trabalhadores, produzindo trocas de saberes que os qualificam. Esta aproximação pode também evitar encaminhamentos desnecessários e facilitar/qualificar o processo de contrarreferência, ao estimular contato direto entre referência e apoio, entre generalista e especialista.

À constituição de rede de especialistas que apóiam o trabalho de equipes de atenção básica damos o nome de Apoio Matricial, que possui duas dimensões: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. À medida que as equipes de um serviço se vinculam a outras que lhe dão apoio, conseguem

O encontro entre usuário e profissional, uma escuta qualificada, faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários.

produzir deslocamentos de saberes para todos os implicados, aumentando o grau de resolatividade dos serviços. Ganham os generalistas e ganham os especialistas, já que são portadores de distintos saberes pelos lugares que ocupam. Esta troca, além de enriquecedora para os profissionais de saúde, costuma ser impactante para a atenção ao usuário, favorecendo a responsabilização e o vínculo.

O exercício da clínica é muito mais do que diagnosticar doenças, pois as pessoas não se limitam aos agravos a sua saúde. Existem, portanto, limites numa prática clínica centrada na doença, pois esta leva à suposição de que basta o diagnóstico para definir o tratamento, a resolução das queixas relatadas ou não expressadas ou os sinais que o usuário apresenta. Para que se realize uma Clínica Ampliada, adequada à vivência de cada indivíduo diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular. Considerar, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado



modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos (construir um projeto terapêutico) mais resolutivo e contar com a participação das pessoas envolvidas.

É comum encontrar nos serviços de saúde usuários com foco excessivo na doença e que às vezes se tornam conhecidos como “poliqueixosos” (sempre com muitas queixas): a doença, sua vulnerabilidade ou o risco tornam-se o centro de suas vidas. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde acolha as demandas e apóie os usuários para desenvolver a capacidade não só de combater as

doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver outras dimensões da vida, desenvolver a capacidade de “inventar-se” e reinventar novas saídas apesar da doença, reconhecendo o que se tem de potência.

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

As ações coletivas vêm apresentando um enorme potencial de transformação na prática das equipes de atenção básica quando se supera o velho modelo verticalizado.

exemplo – é possível uma proximidade para além da rotina instituída ou de uma conduta meramente burocrática.

Nas unidades básicas de saúde, parte dos problemas que os usuários relatam não se encaixa num diagnóstico biomédico - não tendo, portanto, sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de “sintomas vagos e difusos”, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anátomo-patológico correspondente. Estas pessoas precisam de uma abordagem que identifique este sofrimento e que propicie a construção de um Projeto Terapêutico Singular para aquela situação de vida e de saúde específicas.

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

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

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

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

É possível construir um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários.

usuários com mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas.

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

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

A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva. Essas afetações produzidas nas conversações entre pessoas facilitam ou dificultam a criação de vínculo. É produtivo construir com os usuários rodas de conversa onde exercitamos a lateralidade: conversação, tro-

cas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Propiciar espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo. Saber de suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas - de saúde ou não. Esclarecer dúvidas, lidar com o inesperado das perguntas. Estando ali no limite de cada um, onde as trocas acontecem, incentivando práticas que estimulam o conviver, seja nas rodas, nas caminhadas, nas atividades lúdicas, etc. ações com as pessoas, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade. Também amplia as possibilidades de o SUS atuar com outras políticas públicas e com as organizações da comunidade.

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

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

O convite está feito!

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

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

Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Cartilha Ambiência*. 2. ed. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2. ed. Brasília, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 7).
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.

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

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

CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CHACRA, F. C. *Vulnerabilidade e Resiliência: repensando a assistência integral à saúde da pessoa e da família*. Campinas: [s.n.], 2000.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 9-25, 2007.

MATURANA, H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

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

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

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

PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Org.). *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijuí, 2006.

SLUSKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH CONFERENCE ON: RETHINKING “THE PUBLIC” IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMIC SO FINE QUALITY IN LATIN AMERICA, [2004], San Diego. *Working-paper...* San Diego: Cilas, 2004.

_____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-111.

ISBN 978-85-334-1581-2



9 788533 415812