

## **O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG.<sup>1</sup>**

Túlio Batista Franco.  
Prof. Dr. Universidade Federal Fluminense

### **Delimitando o problema:**

Em relação aos modelos technoassistenciais para a saúde, temos insistido na tese de que os mesmos assumem determinada configuração, de acordo com os processos e tecnologias de trabalho usados na produção da assistência à saúde. Notadamente, consideramos que um modelo “produtor do cuidado”, centrado no usuário e suas necessidades, deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (aqueles inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leveduras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado) (Merhy, 1998).

A reestruturação tecnológica na produção da assistência à saúde, e por conseqüência, na inversão do modelo technoassistencial, tem se dado de duas formas distintas: Na primeira, por normatização “dura”, que obedece a uma lógica administrativo-financeira, refletindo os interesses de mercado, que têm sua maior expressão na organização das propostas de “saúde suplementar”. Notadamente, os planos e seguros operam com o objetivo de ampliar sua margem de lucro nos negócios da saúde, propondo reduzir os custos de produção da assistência através do controle administrativo dos projetos terapêuticos, intervindo portanto no processo decisório especialmente do médico, reduzindo ao mínimo sua autonomia. Tem servido como exemplo neste caso, as experiências de “Managed Care”.

Em uma segunda alternativa, a inversão do modelo technoassistencial tem se dado, através de uma intervenção ao nível da micropolítica de organização dos processos de trabalho, incorporando práticas assistenciais que operam a partir das tecnologias leves/leveduras principalmente. Assim, busca-se a “produção do cuidado”, como eixo na elaboração dos projetos terapêuticos. Esta proposta pensa sobretudo em ampliar os graus de liberdade dos trabalhadores de saúde, dando potência ao “trabalho vivo”, como “modus

---

<sup>1</sup> Texto publicado no livro “O TRABALHO EM SAÚDE: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al; HUCITEC, São Paulo, 2003.

operandis” por excelência do processo produtivo em saúde. O modo de implementar a mudança, parte da avaliação de que a inversão do modelo assistencial é processual e deve se dar, na exata medida em que se consegue detonar processos instituintes, protagonizados pelos diversos atores implicados na questão, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. É este conjunto articulado, movido por um projeto assistencial e o “desejo produtivo” de realizar esta mudança, que efetivamente tem a possibilidade de processá-la.

Por sua vez, as análises da mudança dos serviços de saúde, obedecem à lógica estruturante de um ou outro método (lógica administrativo-financeira e intervenção na micropolítica de organização da assistência). No primeiro caso, bem estruturado, a mudança é facilmente capturável através de indicadores também bem estruturados, formulados de acordo com as técnicas próprias da administração pública. No segundo caso, as análises de **processos** de mudanças de modelo assistencial, se tornaram um desafio, dado a dificuldade natural em capturar movimentos instituintes em curso, especialmente no plano micropolítico, para a inversão dos processos e tecnologias de trabalho em saúde. No entanto, a comprovação empírica de um processo de mudança nos serviços de saúde, é importante para a condução mesma do novo projeto assistencial, podendo contribuir para a tomada de decisões em situações de incerteza, na atividade de planejar, na construção de um novo devir para estes mesmos serviços. Acostumados que estamos à avaliação de produtos bem estruturados, onde há inúmeros indicadores que apontam quantitativos exatos, de fácil reconhecimento dos resultados obtidos com determinadas operações, resta pensar, como capturar os processos em curso, de modo que esta captura seja capaz de fornecer dados e informações substantivas o suficiente para validar determinadas análises e contribuir na atividade de planejar?

O objetivo deste estudo é o de, a partir de um olhar usuário-centrado sobre serviços de saúde, testar a eficácia da ferramenta “Fluxograma Descritor”, combinado com Projetos Terapêuticos, neste caso, como uma categoria analítica, para avaliação de serviços de saúde, em apoio ao Planejamento. Para o estudo, usamos o caso do município de Luz, Minas Gerais.

### **Breve caracterização do Município de Luz-MG.**

Luz situa-se na região do Alto São Francisco, a 200 Km de Belo Horizonte, em direção oeste, às margens da BR 262. Tem 17.000 habitantes, com economia

predominantemente agrícola. A rede de ensino de 1º e 2º graus é pública, sob gestão da prefeitura municipal e possui ainda cursos de nível superior na área de ciências humanas e biológicas. Sede do bispado, tem uma presença significativa da igreja na organização social.

O serviço de saúde se constitui de uma rede básica, formada por 2 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana, 2 Unidades de Saúde na zona rural, laboratório de análises clínicas e 1 hospital privado filantrópico, contratado pelo SUS que presta além da assistência hospitalar, serviços de urgência/emergência. Há ainda o serviço de odontologia, com atendimento prioritário às crianças na faixa de 6 a 14 anos e um serviço de referência em saúde mental, SERSAM. O município é sede administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Alto São Francisco, CISVASF, que congrega os municípios da região para a organização da assistência especializada, através de referências constituídas entre estes municípios. Portanto, o acesso às especialidades ou exames de maior complexidade se dá em outros municípios, via CISVASF ou em serviços do município de Divinópolis e Belo Horizonte.

Em 1998, o Prefeito Municipal convocou a IIa. Conferência Municipal de Saúde, detonando um processo intenso de discussão junto à comunidade local, em torno do tema da saúde. Esses debates resultaram na aprovação pela Conferência, em dezembro de 1998, de um novo Modelo Assistencial para a Saúde, a ser organizado, através das diretrizes do Acesso, Acolhimento, Vínculo/Responsabilização, Resolutividade e Vigilância à Saúde.

No início de 1999 iniciaram-se os trabalhos de reorganização da assistência à saúde no município, envolvendo discussões com todos os profissionais do setor e os usuários, através do Conselho Municipal de Saúde e outras entidades das quais estes participavam. A opção técnico-política da equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, para a construção do novo modelo assistencial, foi a de reordenar o processo de trabalho, reestruturando assim o modo de produção, invertendo as tecnologias de trabalho em saúde. Isto seria feito através da intervenção ao nível micropolítico, com envolvimento de todos os trabalhadores de saúde, procurando a partir da sua adesão, detonar processos instituintes, potencializados por um certo “desejo” de mudança, até então existente mas impotente para alterar a situação presente. O pressuposto para que se iniciasse este processo, era a adesão dos profissionais de saúde, mesmo que esta viesse de forma gradativa, a um novo projeto assistencial. Este novo processo de trabalho deveria ao mesmo tempo, vir incorporado de novas tecnologias para a assistência aos usuários. Tecnologias aqui são entendidas não apenas enquanto máquinas e instrumentos, mas sobretudo conhecimento. Para auxiliar no

processo, foi feito um planejamento utilizando as técnicas do “Planejamento Estratégico Situacional modificado” ou “ZOPP enriquecido com PES” (Cecílio, 1997).

Neste estudo, analisaremos um momento deste percurso.

### **Análise de um serviço de saúde, usando o “Fluxograma Descritor”:**

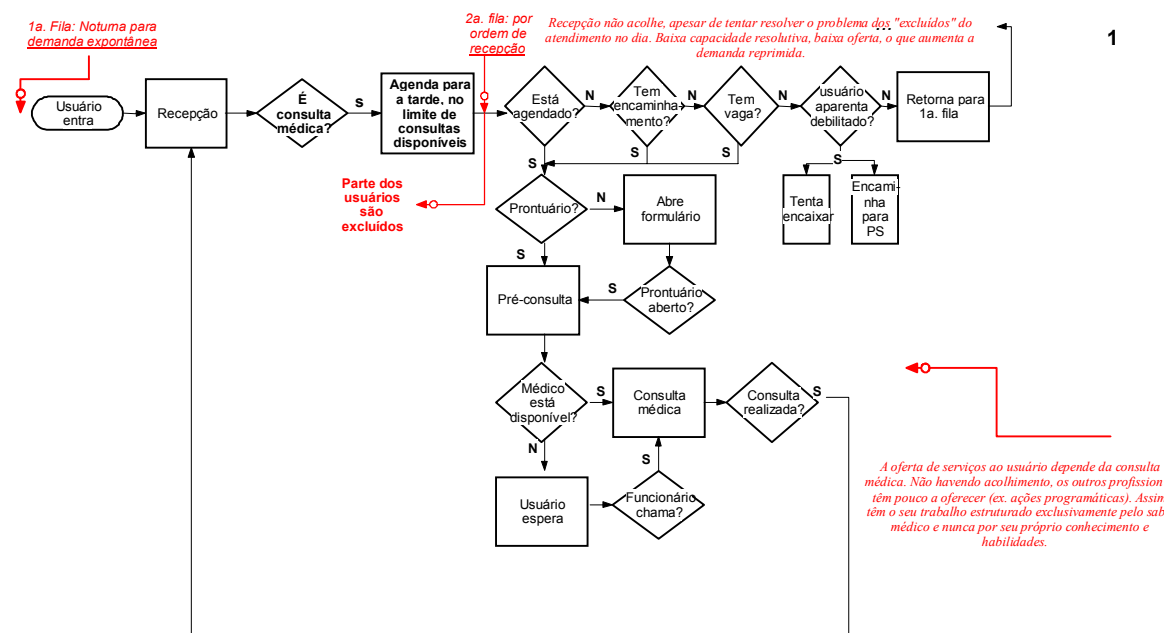
Em recente estudo do serviço de atendimento ao adulto (Clínica Médica) em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Luz-MG, utilizamos para análise do processo de trabalho o Fluxograma Descritor (Merhy et al 1997; Franco & Merhy, 1999). Este consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no Serviço. O Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário.

A construção do fluxograma se deu de forma coletiva, buscando no registro de memória da equipe que fazia o atendimento ao adulto, os passos seguidos pelo usuário, em busca da resolução do seu problema, nos diversos espaços produtores de assistência na Unidade de Saúde. O processo de construção coletiva, além de apresentar um produto rico, permeado por múltiplos saberes, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, como consequência da organização do processo de trabalho. O grupo produz uma organização do seu pensamento, consciente, que lhe dá a real dimensão de como são produzidas as ações de saúde, o que muitas vezes não é percebido pelos trabalhadores, dado uma certa compartimentação e até mesmo uma “automatização” do trabalho.

Outra questão importante a verificar, é o fato de que a atividade de construção do fluxograma é lúdica, motivando os trabalhadores à participação, processo que é reforçado pelas descobertas realizadas por cada um, à medida em que se constroem o fluxo e cada profissional vai se percebendo na “cadeia produtiva” da assistência à saúde dentro da sua Unidade. Revelações em torno do processo de trabalho que são produzidas pela equipe, vão se apresentando à mesma, como verdadeiras descobertas. Percebe-se de forma nítida no fluxograma construído, o usuário e seu caminho na busca da assistência.

O Fluxograma foi dividido em três partes, que serão apresentadas e comentadas a seguir, tentando identificar principalmente os problemas evidentes no processo de trabalho, que impedem que se realize uma assistência de qualidade, usuário centrada.

Esta primeira etapa retrata a entrada da Unidade e o acesso à consulta médica. Se formos pensar a Unidade Básica de Saúde, dividida em Unidades de Produção de Serviços, temos nesta etapa representados os fluxos da **Unidade de Recepção, a Unidade de Consulta Médica e a Unidade de Prontuários.**



LUZ-MG : Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central.  
Outubro de 1999.

Túlio Franco

### Descrição da primeira parte do fluxograma:

O primeiro problema evidente no fluxograma, diz respeito à fila que se forma na madrugada, às vezes na noite anterior, de usuários em busca da “ficha” (uma senha) que dá acesso à consulta médica. Após enfrentar a fila (chamada aqui de 1ª. fila), o usuário entra na Unidade às 7 hs. (horário em que se iniciam os expedientes) e se dirigem à recepção para receberem a ficha e agendarem a consulta médica, por ordem de chegada. Após conseguirem agenda, para efetivamente acessarem a consulta que se realiza à tarde, será necessário enfrentar uma 2ª. fila (à tarde), também por ordem de chegada. O processo burocrático de acesso à consulta, a inexistência de dispositivos como o Acolhimento e a baixa oferta, excluem a maioria dos usuários da assistência.

Para a consulta à tarde, o usuário tem de estar previamente agendado (o que deve ter sido feito pela manhã). Há ainda um esquema para “furar a fila”, que são usuários encaminhados por pessoas que detêm influência no mando político da cidade, herança ainda de uma velha cultura e identificado pela equipe como um problema. Vale registrar que esta não é prática oficial da administração municipal, este procedimento é feito contrariando sua orientação.

Verificada a existência de vagas, os usuários são encaminhados para a consulta. (Aqueles que ficam excluídos da consulta, se estiver “debilitado”, questão que é verificada pela auxiliar de enfermagem da recepção, esta tenta encaixá-lo no horário do médico ou é encaminhado para o serviço de urgência do Pronto Socorro. Caso contrário, esse usuário tem que voltar, na madrugada, para a 1ª. fila a fim de tentar conseguir agenda no dia seguinte). Depois dos procedimentos de rotina, em torno da providência de prontuários, se realiza a consulta médica.

### **Discussão:**

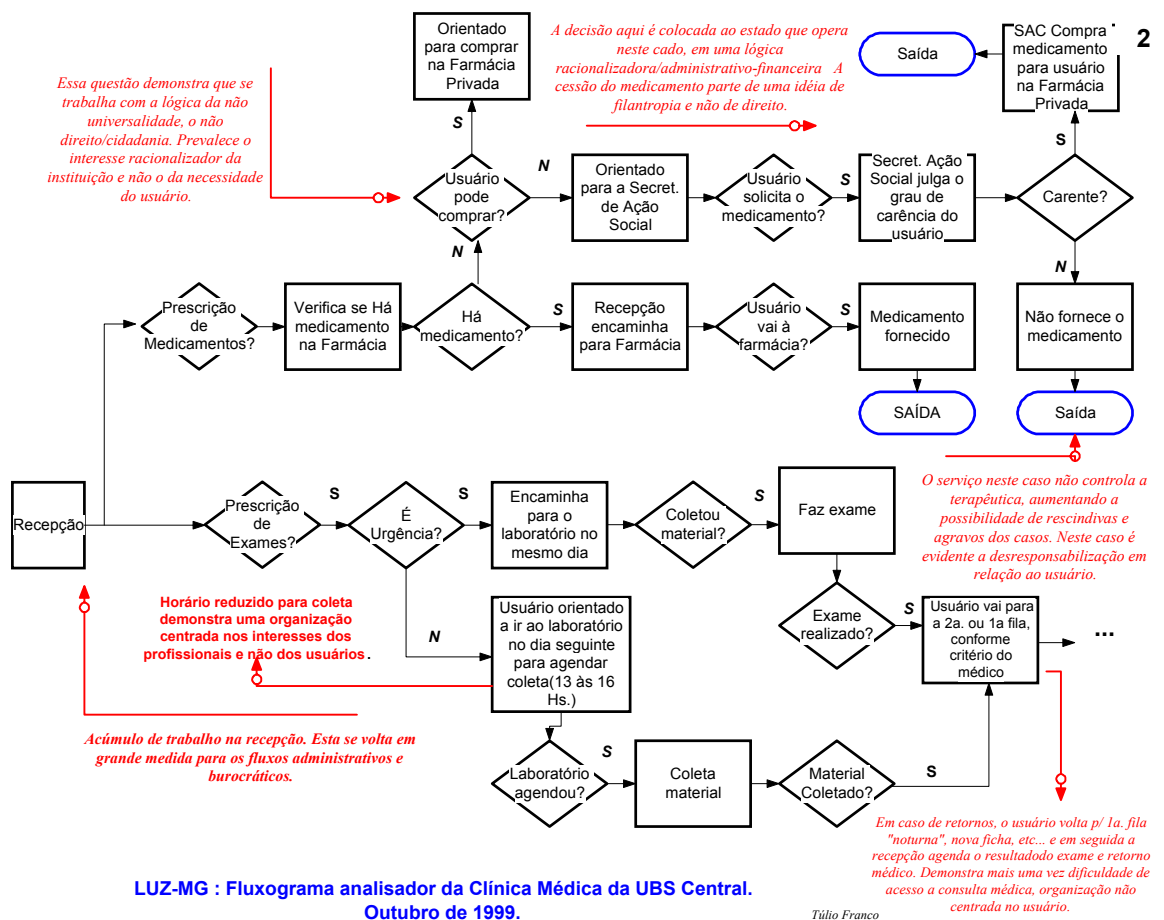
A análise dos processos vivenciados na Unidade Básica de Saúde, pela equipe de profissionais e os usuários, é feita, com o olhar sobre o fluxograma e discussão no coletivo de trabalhadores. Há uma série de fatores que definem a ocorrência de fila na madrugada, a 2ª. fila à tarde e a exclusão de parte dos usuários, sem ao menos terem o seu problema de saúde “escutado de forma qualificada”. Em primeiro lugar, a assistência é centrada na consulta médica, reduzindo a capacidade de resposta do serviço à demanda, ou seja, os outros profissionais, notadamente a enfermeira e auxiliares de enfermagem, não atuam na assistência direta aos usuários, reduzindo a oferta e conseqüentemente o acesso aos serviços. Este problema é agravado, com a baixa disponibilidade de horas/trabalho dos médicos. Entre os dois que trabalham na Clínica Geral, um deles disponibiliza 6 hs./semana à Unidade Básica e outro 10 hs./semana. Esta questão é levantada pelos trabalhadores como um “nó crítico” para a assistência oferecida aos usuários.

Registra-se uma tentativa por parte dos funcionários da recepção de “encaixar” para atendimento na própria Unidade, ou “encaminhar” para o Pronto Socorro aqueles usuários excluídos do atendimento no mesmo dia, e que necessitam de atendimento imediato, por estarem “debilitados”, conforme verificação das auxiliares de enfermagem e relato dos

próprios usuários. Contudo, esta ação não tem potência para mudar o quadro geral de baixa oferta e exclusão de grande parte de usuários.

O processo do atendimento é sumário, burocratizado, exigindo grandes esperas dos usuários, aumentando sua carga de sofrimento. Após a realização da consulta, o usuário volta à recepção para orientações e outros encaminhamentos necessários.

**A outra fase do fluxograma (abaixo), demonstra o leque de serviços ofertados pelo cardápio da Unidade, e que são acionados a partir da consulta médica. Estes serviços demandados pelo médico, são encaminhados a partir da recepção, como vemos a seguir:**



**Descrição da 2ª etapa do fluxograma:**

Nesta etapa, temos a representação de como se dá o desenvolvimento do fornecimento de medicamentos, após a prescrição do médico. Aqui está representada como a **Unidade de Dispensação de Medicamentos (Farmácia)**:

Após verificar a prescrição, a recepção checa a existência do medicamento em estoque da farmácia e tendo o medicamento, encaminha o usuário para o recebimento do mesmo. Sendo fornecido o medicamento, o usuário tem por encerrado seu trajeto na Unidade. Porém, se não há o medicamento, o usuário é questionado pelo funcionário do serviço, se ele pode comprá-lo. Se sim, é orientado a adquirir o medicamento em farmácia privada. Se não, é orientado a procurar a Secretaria de Ação Social que vai julgar seu “grau de carência econômica/financeira” e se estiver dentro dos critérios desta Secretaria, ele poderá receber dela o medicamento necessitado, se não, este não será fornecido.

#### **Discussão:**

É importante perceber neste ponto, que a questão do fornecimento de medicamentos ao usuário, é tratada de acordo com uma lógica filantrópica, a partir da ação do estado (no caso, prefeitura). Isto se explica em primeiro lugar, na medida em que parte dos medicamentos são fornecidos pela Secretaria de Ação Social. Em segundo lugar, pelo fato de que o julgamento da necessidade “*do usuário*” é feito pelo representante do governo municipal, um funcionário da Secretaria de Ação Social, que portanto julga de acordo com critérios desta, que representa o governo na área de assistência social. Por estas razões, podemos deduzir que o acesso ao medicamento neste caso, embora reconhecido idealmente como um direito de cidadania, é na prática considerado como um benefício a ser concedido aos pobres, que são tidos como tal pela prefeitura através da Secretaria da Ação Social.

Nas entrevistas que ocorreram durante a construção do fluxograma e nos dias que o antecederam, o tema da provisão de medicamentos na rede assistencial, para o fornecimento aos usuários que deles necessitassem foi dominante nas discussões entre a equipe técnica e a gestora do SUS. A constatação de que uma pequena parte de usuários tinha acesso aos medicamentos, mesmo os de uso contínuo, de que um grande volume dos mesmos eram adquiridos em farmácias privadas, que muitos usuários deixavam de tomar os medicamentos e retornavam aos serviços com seu estado de saúde agravado por este motivo, levou a uma



certa crise em torno desta questão. O fluxograma revelou com toda nitidez o problema que estava então, sendo discutido.

Além de um viés filantropo, operando sobre a questão dos medicamentos, aparece uma outra lógica estruturante na organização deste serviço, qual seja, os interesses racionalizadores/administrativos/financeiros, partindo de algum lugar do governo, no sentido de economizar recursos com medicamentos. Esta questão, pelos relatos oferecidos, foge à governabilidade da Secretaria de Saúde. Problema este, combinado com outro, o da desorganização do fluxo no fornecimento de medicamentos, a falta de uma lista básica que orientasse a prescrição, tornou caótica esta questão.

O outro serviço demonstrado nesta etapa diz respeito à **Unidade de Exames Laboratoriais**. Após a prescrição dos exames pelos médicos, e do usuário ter ido à recepção em busca de orientação, a auxiliar de enfermagem verifica se o exame é de urgência. Se for, é imediatamente encaminhado ao Laboratório de Análises Clínicas para coletar o material naquele mesmo instante. Após realizado o exame, o usuário é encaminhado ou para a 2ª. fila para retorno ao médico ou para a 1ª. fila de madrugada, para pegar nova “ficha” e agendar novamente uma consulta médica, para ter o acesso ao resultado do exame. O critério entre uma e outra opção “de fila” é do médico, carecendo portanto de uma intervenção do gestor do SUS, estabelecendo norma do serviço, que pudesse padronizar estes encaminhamentos/fluxos, no sentido de favorecer o usuário nesta questão.

Se o exame não for de urgência, o usuário é orientado a voltar ao Laboratório no dia seguinte, em horário pré-fixado (entre 13 e 16 hs.) para agendar e posteriormente fazer a coleta de material. Após a coleta de material, repete-se o mesmo fluxo anterior.

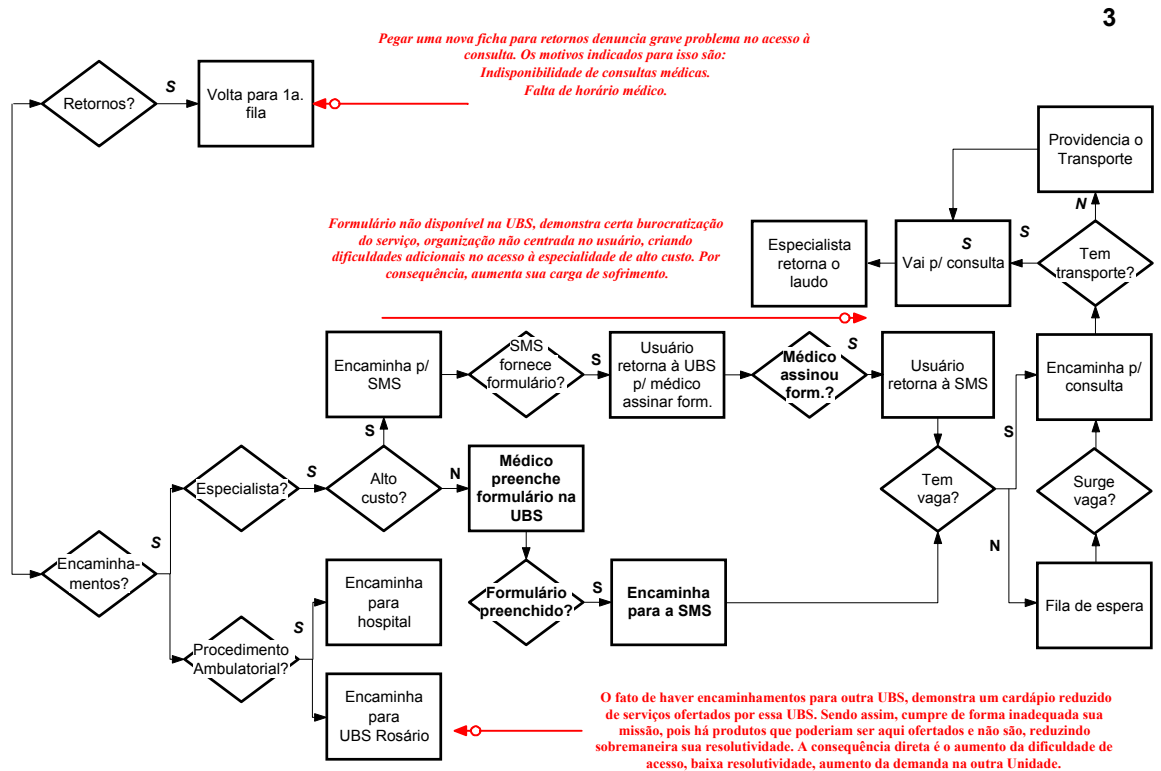
### **Discussão:**

O funcionamento da Unidade de Laboratório deixa claro o processo burocrático, centrado nos interesses corporativos de quem está trabalhando ali, um serviço pouco implicado com os problemas de saúde dos usuários. As evidências desta afirmação estão no restrito horário para coleta de exames, de prescrições não urgentes. Vale registrar que para o usuário que mora na zona rural, os horários nem sempre coincidem com seu transporte, dificultando em demasia e aumentando a carga de sofrimento destas pessoas, para o acesso aos serviços do Laboratório. De outro lado, os médicos que trabalham na Unidade Básica de Saúde, no período da tarde, ao terminarem seu trabalho, já encontram o Laboratório

“fechado” ao expediente externo, impossibilitando até mesmo o agendamento de coleta de materiais.

Na etapa seguinte, o fluxograma retrata em primeiro lugar, a demanda por retornos às consultas, feita pelo médico. Por indisponibilidade de consultas médicas, os usuários são levados a retornarem para a 1ª. fila de madrugada, para disputarem nova “ficha” e nova “agenda de consulta” para o acesso ao retorno. Já foi comentado, o dificultoso processo de acesso aos retornos, agravado pelo fato do usuário ter que retornar à 1ª. fila.

É retratado abaixo também, o fluxo de encaminhamentos, que são realizados pela Unidade de Recepção, ou ao especialista ou para procedimentos ambulatoriais que não são realizados pela Unidade Básica de Saúde Central.



LUZ-MG : Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central. Outubro de 1999.

Túlio Franco

**Descrição:**

Como se observa no fluxograma descritor, se for encaminhamento para especialista, a primeira coisa a verificar diz respeito ao tipo de procedimento. Se não for de alto custo, o médico preenche o formulário de encaminhamento na própria Unidade e encaminha para a Secretaria Municipal de Saúde que passa a tomar as providências necessárias à viabilização da consulta ou procedimento especializado, verificando disponibilidade de vagas ao serviço específico e viabilidade do transporte para o usuário.

Se for de alto custo, o usuário é encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde, esta fornece o formulário preenchido que retorna ao médico, para sua assinatura e em seguida vai novamente à Secretaria Municipal de Saúde para que esta tome as providências necessárias à realização do procedimento especializado.

### **Discussão:**

Nota-se que sendo o procedimento de alto custo, o caminho do usuário é bem maior de percorrer, visto que o formulário neste caso, pelo protocolo estabelecido na Secretaria de Saúde, é de controle restrito desta, não sendo permitida sua guarda pela Unidade Básica e nem mesmo o preenchimento pelo médico, o que reduziria enorme esforço do usuário e garantiria agilidade no acesso a procedimentos de alta complexidade/custo. Novamente fica demonstrado os interesses dos profissionais ou mesmo da instituição se sobrepondo aos interesses dos usuários, na organização dos serviços.

Outro encaminhamento que se realiza aqui, diz respeito àqueles de natureza ambulatorial, em procedimentos que não são realizados pela Unidade Básica Central (aqui analisada) e são portanto encaminhados ou ao Pronto Socorro do Hospital ou à outra Unidade Básica, para que atendam ao usuário.

Isto revela uma baixíssima capacidade de oferta de serviços da Unidade Básica de Saúde Central.

### **Conclusão: Sobre a ferramenta “Fluxograma Descritor”.**

O que verificamos é que esta ferramenta, o “Fluxograma Descritor”, não se resume ao traçado gráfico do processo de trabalho. Sua riqueza é completada pelos relatos da equipe

que a formulou e seu conhecimento do trabalho assistencial. Este conjunto dão corpo e conteúdo ao Fluxograma.

Se mostrou uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma aqui descrito, são um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial.

A ferramenta revela, como todo processo, o dinamismo deste, ações em movimento. Questões antes não percebidas pelos trabalhadores, até porque estavam desacostumados a olhar o problema de saúde, a partir do ponto de vista do usuário, se mostraram como importantes questões a serem enfrentadas.

### **Encaminhamentos realizados a partir das análises feitas usando o Fluxograma Descritor.**

Alguns problemas que se revelaram importantes no processo analítico, foram priorizados para resolução, no plano operativo formulado a partir das revelações do fluxograma. Por exemplo, o horário do laboratório foi modificado para atender melhor aos usuários. O fluxo de acesso a exames e procedimentos de alto custo foi desburocratizado, criando facilidades ao usuário e evitando caminhadas exaustivas dentro do serviço para concluir um certo processo burocrático, que permitisse enfim marcar o procedimento necessário. Abriu-se um processo intenso de discussão em torno da questão dos medicamentos que culminou com a adoção de medidas emergenciais para provimento de remédios à rede básica, com envolvimento do Conselho de Saúde e do governo municipal. Posteriormente, medidas de maior fôlego, com normatização e controle de estoques foram tomadas para evitar desabastecimento. O fornecimento de medicamentos pelo SUS passou a ser tratada como uma questão de cidadania, de direito, alterando assim o status que esta questão tem dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

Outra questão importante, diz respeito à pouca disponibilidade de trabalho médico existente nesta Unidade Básica de Saúde, UBS, muito aquém de qualquer expectativa de trabalho médico necessário. Isto aparece como um obstáculo para o incremento das ações assistenciais. Esta questão, passou a ser um dos problemas centrais a serem tratados ao longo de muitos meses de discussão, porque enfrentava o tema do “trabalho médico” e sua inserção e regulação pelo serviço público de saúde. Este problema, que tensionou a secretaria de

saúde e a própria equipe de trabalhadores da UBS em questão, tem sido um campo de disputas interessante, onde o gestor, após a análise feita pelo fluxograma, se posta mais bem colocado para fazer este debate. Este tensionamento do horário de trabalho, associado a uma postura negociadora por outro lado, têm apresentado resultados satisfatórios para a Secretaria Municipal de Saúde, na perspectiva de aumentar a disponibilidade e responsabilização do profissional médico para com a equipe de trabalho e os usuários, e por consequência, elevar o coeficiente de cidadania presente nos serviços de saúde.

Imaginamos que, após a implantação de um novo projeto assistencial para o município, outro “Fluxograma Descritivo” deverá ser formulado e a imagem fornecida por este, deverá ser outra, bem diferente, com destaque para os usuários e seus problemas de saúde.

Continuaremos a discussão e análise sobre a Unidade Básica de Saúde, olhando-a agora através das Unidades de Produção e Projetos Terapêuticos.

### **Um olhar para o Processo de Trabalho a partir das Unidades de Produção da Unidade Básica de Saúde:**

Consideramos que em cada lugar onde se produzem atos de intervenção sobre um determinado problema de saúde, do qual o usuário é portador, resultam produtos bem definidos. Esta combinação, trabalho / produtos caracterizam uma Unidade de Produção de Saúde. Assim, o estabelecimento aqui analisado, uma Unidade Básica de Saúde, UBS, contém:

- Unidade de Produção de Recepção aos usuários.
- Unidade de Produção de Ações de Enfermagem.
- Unidade de Produção de Consulta Médica.
- Unidade de Controle e Produção de Prontuários.
- Unidade de Dispensação de medicamentos.
- Unidade de Produção de Exames Laboratoriais.

As Unidades de Produção podem estar **integradas** e operando em um mesmo processo produtivo ou atuarem de forma compartimentada, **autonomizadas** umas em relação às outras. O que define o modo como se integram estas Unidades de Produção é o processo de trabalho desenvolvido no seu espaço próprio. O processo de trabalho, se desenvolvido de

forma interativa entre os diversos profissionais, formando no espaço do trabalho em ato, a interação de saberes e práticas, pode servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde, existentes no interior de cada Unidade Produtiva da Unidade Básica de Saúde. Assim, ele pode dar a “liga” entre os diversos produtos das Unidades, funcionando como uma “cadeia produtiva” dos “projetos terapêuticos”, levando portanto aos resultados esperados em relação à resolução do problema de saúde do usuário. Por outro lado, se os processos de trabalho não estão integrados, são compartimentados, cada Unidade Produtiva vai operar de forma autonomizada, alienando os seus diversos produtos de um projeto terapêutico em curso.

Portanto, Projetos Terapêuticos e Unidades de Produção estão intrinsecamente ligados. O primeiro como o conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema e o segundo como o lugar onde se opera esta produção, com os recursos inerentes e necessários à mesma. O trabalho aparece como o elemento propulsor dos processos produtivos, perpassando tanto a um quanto ao outro.

### **Os Projetos Terapêuticos como analisadores de serviços de saúde:**

O usuário, quando entra na Unidade Básica em busca da resolução de um determinado problema de saúde, e é inserido no atendimento, passa em primeiro lugar por uma avaliação do risco de adoecer ou mesmo, por uma impressão diagnóstica, se já se instalou um processo mórbido qualquer. Após esta definição **o** ou **os** profissionais que o atenderam, imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Este **conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, é o “projeto terapêutico”**.

Portanto, o projeto terapêutico pode ser definido por um profissional, por exemplo pelo médico, em processos de trabalho medicocentrados, ou por vários profissionais, em processos de trabalho multiprofissionais. Os projetos terapêuticos são estruturados para produzir o cuidado ao usuário. A produção do cuidado pode se dar através de uma excessiva carga prescritiva, com relações sumárias e burocráticas, centrado na “produção de procedimentos”, utilizando para sua execução centralmente as tecnologias duras/leveduras; ou por outro lado pode estar centrado em uma abordagem “light” do problema de saúde, sobretudo com relações solidárias e conhecimento técnico, executado principalmente através das tecnologias leves/leveduras.

É importante registrar que o “projeto terapêutico” é sempre um conjunto de atos pensados, neste sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente pelo (s) profissional (ais). É neste estágio que ele é “projeto terapêutico”. Ele ganha materialidade se for executado através da ação do trabalho sobre o usuário “portador de problemas de saúde” e isto ocorrendo, deixa de ser “projeto” para se transformar em atos concretos assistenciais. Um “Projeto Terapêutico” pode ou não se transformar em “Atos Assistenciais”, dependendo para isto do mesmo ter sido executado no todo ou em parte, ou seja, de ter-se aplicado trabalho, como a fonte transformadora de uma coisa (projetos) em outra (atos concretos).

Aqui estamos diferenciando “projetos terapêuticos” de “atos assistenciais”. O primeiro, enquanto uma instância idealizada, tem como estruturante de si mesmo o **conhecimento** de modo geral, seja ele o conhecimento técnico estruturado, ou aquele obtido através das experiências de vida e de trabalho. Articulamos aqui a idéia de Pierre Lévy, 1995; de Patrimônio de Conhecimentos como organizadores dos projetos terapêuticos. Já os atos assistenciais de “per si”, são estruturados pela ação do trabalho, através do qual, aqueles ganham concretude assumindo a configuração de produtos, incorporando “valor-de-uso” (Gonçalves, 1979). Ora, o trabalho se realiza a partir de determinadas **tecnologias de trabalho**. Entendemos tecnologia como o conjunto de conhecimento utilizado para realizar algo, neste caso, para realizar a assistência à saúde (Gonçalves, 1994) ou executar o projeto terapêutico. Sendo assim, tecnologias ou seja, toda tecnologia emana do conhecimento. A máquina (tecnologia dura) nada mais é do que conhecimento incorporado, que ganha materialidade e valor com o trabalho.

Por sua vez, o conhecimento ou os saberes usados para formular determinado projeto terapêutico, vão determinar por assim dizer as práticas de saúde, se aquele projeto for executado. São saberes originados seja da clínica, epidemiologia, psicanálise, sociologia da saúde, de relações humanas estruturadas ou não; outros originados da incorporação de novas tecnologias inscritas em máquinas e instrumentos que ganham inserção nos serviços de saúde; e ainda os saberes que são acumulados através da experiência de trabalho e experiência de vida, e que servem à resolução de problemas de saúde, desde que haja espaço nos serviços para que o trabalho opere com o máximo de “graus de liberdade”; ou que o “trabalho vivo em ato” esteja apto à ação criadora e criativa nas relações estabelecidas com o usuário (Merhy, 1997).

É interessante verificar a reflexão de Merhy, sobre o trabalho médico e as tecnologias usadas por estes, naturalmente, as que servem à definição dos projetos terapêuticos:

*“Acredito que o médico, para atuar, utiliza de 3 tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por ‘tecnologias duras’; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”.*(Merhy, 1999)

Como já dissemos, o volume de conhecimento usado para a assistência, organizado nestes três grandes campos tecnológicos, ganha materialidade na resolução de problemas de saúde, através das tecnologias de trabalho, conforme as três categorias de Merhy, 1998, já descritas neste texto (as tecnologias duras, leveduras e leves). Os “projetos terapêuticos” são elaborados, a partir de um determinado conhecimento que é hegemônico no tempo e espaço, e por isto mesmo, é indicado para estruturar a intervenção sobre determinado problema de saúde. Acontece que este mesmo conhecimento que estrutura o projeto terapêutico, é o mesmo que vai definir os campos tecnológicos que deverão ser utilizados para a execução destes projetos terapêuticos.

Na “era flexneriana”, a comunidade médica-científica indica como válidos para resolverem problemas de saúde, os conhecimentos centrados no corpo biológico e na “clínica restritiva”. É como se a comunidade médica-científica colocasse nas mãos dos médicos as “valises” vinculadas às suas mãos, contendo os equipamentos; e aquelas vinculadas à sua cabeça, com os conhecimentos técnicos estruturados, **validando** por assim dizer os projetos terapêuticos que operam a partir destas duas “valises”. Isto significou a organização de serviços de saúde centrados no saber e na pessoa do médico que operam através de uma excessiva carga prescritiva. O cuidado assim, se produz através de procedimentos, e deixa de representar o “cuidado” para representar ao nível da micropolítica da organização da assistência, os interesses do capital (Franco, 1999).

### **Projetos Terapêuticos e Paradigma das Práticas em Saúde.**



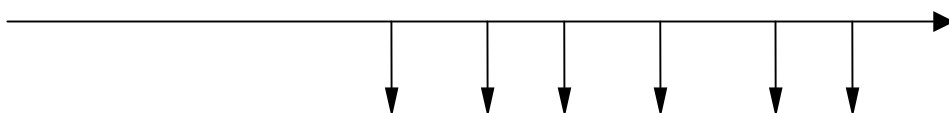
Tomando emprestado o conceito de paradigma de Thomas Kuhn, 1962; de que paradigma se refere à organização e desenvolvimento de determinado conhecimento, que se deu ao longo do tempo e de forma processual, mas que ao final se torna paradigma quando se institui, tendo como requisito o reconhecimento pela “comunidade científica”, podemos dizer que os Projetos Terapêuticos atuais, refletem um certo paradigma das práticas de saúde, porque seguem aqueles critérios. São portanto, hegemônicos entre os projetos terapêuticos e as práticas assistenciais em saúde.

Isto nos coloca a seguinte questão: Se o modo como se produz saúde hoje, reflete um dado paradigma das práticas de saúde, então a inversão do modelo assistencial, é também de ordem paradigmática, ou seja, saberes novos, não instituídos mas que existem e estruturam práticas “anti-hegemônicas” no interior dos serviços de saúde, podem se caracterizar como um “pré-paradigma”, podendo no futuro se instituir e tornar-se um novo paradigma assistencial. Projetos terapêuticos que rompam as barreiras do atual modelo “médico produtor de procedimentos” (Merhy, 1998) e que levem à produção do cuidado efetivamente, terão validadas suas práticas, se não pela comunidade científica (contrariando Kuhn), pelas evidências empíricas. Isto nos coloca a questão de que a mudança de paradigma é por excelência uma ação instituinte, sem tempo definido, mas sobretudo um processo onde o velho e o novo paradigmas convivem em permanente tensão.

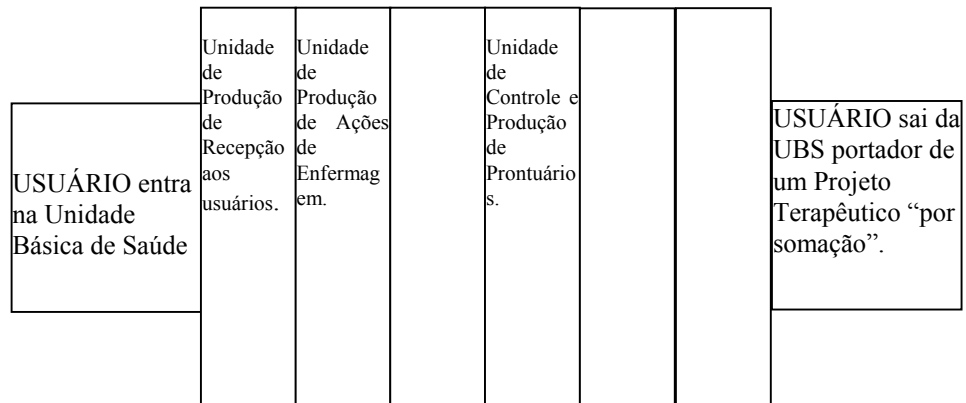
Vivemos uma situação em que os Projetos Terapêuticos podem expressar o modelo “médico produtor de procedimentos” ou “produtor do cuidado” (Merhy, 1999), onde o primeiro estaria operando a partir do atual paradigma das práticas em saúde e o outro, se coloca como instituinte, disputando o devir. Tanto um quanto o outro Projeto Terapêutico, vai conduzir a estruturação das práticas de saúde.

**Tomamos o caso da UBS Central do município de Luz, para discutir os “Projetos Terapêuticos” como categoria de análise dos serviços de saúde. Utilizamos os diagramas de Merhy; 1999:**

### **PROJETO TERAPÊUTICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU BUROCRÁTICOS**



## GESTÃO DO CUIDADO



Para discutir esta questão, tomamos o caso do Projeto Terapêutico para usuários, portadores de hipertensão arterial (doença com maior prevalência na população do município), que buscam assistência na Unidade Básica de Saúde Central de Luz-MG.

O “Projeto Terapêutico” foi aqui definido como o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. Neste caso, o relato deste projeto terapêutico se deu em reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde, usando da memória e do conhecimento destes profissionais em relação à assistência e ao seu processo de trabalho. Nota-se uma articulação entre o projeto terapêutico e as práticas assistenciais (tecnologias) em uso.

### Projeto Terapêutico para portadores de hipertensão arterial:

- Atendimento individual.
- 1ª consulta médica.
- Retornos ao médico a cada 3 meses (casos graves) ou 6 meses (casos moderados e leves).
- Orientação, realizada pelo médico na 1ª. consulta.
- Controle de Pressão Arterial (PA) e orientação, a critério do usuário, feita pelo profissional disponível quando aquele procura (Aux. de Enfermagem ou Enfermeira).
- Exames laboratoriais.
- Dispensação de Medicamentos.

Uma primeira questão a ser observada, diz respeito ao modo sumário como se produziu o projeto terapêutico no grupo de discussão. Isto reflete em grande medida, a forma como são realizadas estas ações, igualmente sumárias, onde não há citação de relações acolhedoras e nem mesmo interação entre as diversas ações que compõem o projeto terapêutico.

Sobre o projeto terapêutico e as práticas de saúde manifestos aqui, por se tratarem de um processo de trabalho medicocentrado, uma primeira questão a considerar diz respeito à ação estruturante exercida pelo saber médico, sobre o projeto. Podemos assim dizer que ele se encontra no centro das definições da terapêutica a ser adotada. As outras ações/necessidades do projeto terapêutico, são também demandadas pelo médico, através da sua compreensão do problema de saúde deste usuário. Neste sentido, este projeto terapêutico é formulado a partir do patrimônio de conhecimento existente no profissional médico, considerando que em grande medida se deu por sua formação acadêmica, referenciada no modelo hegemônico de ensino médico, embasado nos princípios “flexnerianos”. Há uma simplificação do problema de saúde, que neste contexto, aparece como tendo sido determinado por alterações no corpo biológico ou melhor dizendo, circunscrito ao campo da clínica, sendo que a sua causa pode ter uma determinação social, psicológica ou de outra natureza, que nesse processo permanece ignorada. Portanto, projeto terapêutico deste perfil, propõe uma intervenção que é simplificada no seu conteúdo, na medida em que não há o reconhecimento da multicausalidade na produção da doença e desta forma, outros saberes-fazer não são chamados a comparecerem neste projeto terapêutico e nas práticas por ele demandadas.

Quando mencionamos que outros campos de conhecimento deveriam estar inseridos nos projetos terapêuticos, interagindo entre si, estamos falando não apenas do saber técnico estruturado, mas também de outros saberes que dizem respeito à produção de ações acolhedoras, de relações intercessoras entre profissionais e usuários, de responsabilização para com o seu problema de saúde, de tecnologias próprias para o trabalho de promoção e prevenção à saúde, que contribuem para a autonomização dos usuários para “viverem a vida” (Campos, 1992). Ou seja, os problema de saúde são suficientemente complexos, e requerem para sua resolução, projetos terapêuticos igualmente complexos, onde a soma de diversos saberes articulados têm potência para resolvê-los efetivamente. Isto requer atos assistenciais produzidos pelos profissionais de saúde, seja pela habilidade das suas mãos, pelo conhecimento patrimoniado no seu cérebro ou a capacidade em perceber o outro como uma

totalidade e com ele se relacionar, reconhecendo-o sujeito no processo assistencial. Esta complexidade do projeto terapêutico diz respeito também à incorporação do conhecimento da interação do usuário com seu próprio meio, as condições de vida e ambiente nas quais ele está inserido. É este conjunto que pode responder de fato às necessidades de assistência à saúde, que são demandadas aos serviços.

Outra questão a ressaltar, diz respeito ao atendimento exclusivamente individual ao usuário. Sem deixar de valorizar a atenção individual/curativa, como um dos recursos importantes da Clínica para intervenção em processos mórbidos já instalados, no entanto, técnicas de condução de grupos podem contribuir sobremaneira para o controle de determinados segmentos de usuários. Por exemplo, peguemos a população de hipertensos de determinada área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde. Estes, se forem acompanhados por programas de perfil burocrático, poderão sofrer de um outro mal, a baixa auto-estima, a incapacidade de operar o auto-cuidado, o que derrota qualquer projeto terapêutico. Os grupos programáticos solidários, “não burocratizados”, que têm o perfil de um “grupo de convivência” ou de “auto-ajuda”, são capazes de elevar a auto estima da clientela, criar adesão ao tratamento, melhora do humor, construindo assim um estado geral mais favorável às relações do usuário com o mundo e ao sucesso do projeto terapêutico. O fundamental é criar o hábito do auto-cuidado, o que só é possível em usuários com auto-estima elevada. Ações coletivas deste perfil devem compor o conjunto de atos de saúde pensados a certos grupos de usuários. Isto é praticamente desconhecido dos projetos terapêuticos atuais, como o caso da Unidade de saúde em estudo.

A eficácia das ações programáticas está relacionada ao fato de que, ela incorpora inúmeros campos de saber e de práticas, com conhecimentos que são próprios da epidemiologia, sociologia, psicanálise, grupos, relações, processos pedagógicos, entre outras práticas, que significam a produção da assistência, mais centrada nas “tecnologias leves e leveduras” do que nas “tecnologias duras”. Naturalmente que as ações programáticas devem compor um conjunto de ações pensadas aos usuários, inclusive as de clínica propriamente ditas.

No âmbito dos Projetos Terapêuticos, é necessário reconhecer que o usuário que se apresenta na Unidade Básica de Saúde, portador de um problema qualquer, traz consigo de um lado, uma realidade sócio-econômica e sanitária, de outro uma certa carga de subjetividade, produto de suas experiências pregressas e vivências atuais e portanto, necessita de uma abordagem completa do seu Ser. Isto pode muito bem ser feito numa

combinação fina entre as ações programáticas e aquelas que se resumem aos necessários cuidados individuais.

Como já mencionamos, o projeto terapêutico hegemônico, não é pensado para estruturar atos assistenciais centrado em trabalho de equipe, mesmo que diversos profissionais se envolvam no mesmo caso. Isto porque este envolvimento como é dado hoje, é formal, normatizado, burocrático, visto que o trabalho de cada um se organiza de forma compartimentada. A relação entre os profissionais, ao invés de solidária, é de natureza hierárquica, onde um detém o saber e por conseqüência o fazer (o médico, em relação aos outros trabalhadores; a enfermeira em relação às auxiliares de enfermagem, etc...) e os outros têm seu trabalho estruturado por este saber-fazer “superior”. O projeto terapêutico compartimentado, refletindo ações e procedimentos que são produzidos por cada Unidade de Produção da Unidade Básica de Saúde, aparece no caso aqui estudado, da seguinte forma:

Para a **Unidade de Recepção**, o usuário aparece como mais um problema, ou seja, consome uma “senha” para consulta, limitando o já racionado número de consultas a serem ofertadas aos demais. Como cabe à recepção administrar o acesso às consultas, racionando a oferta, a presença do usuário (qualquer um) produz de imediato uma certa tensão na recepção. Esta tensão encontra uma “linha de fuga” que aparece através da ação de alguns profissionais, ao indagarem àquele usuário que foi excluído do atendimento no dia, tentando perceber se o seu problema de saúde é urgente. Se confirmar que sim, este profissional aciona o Pronto Socorro do Hospital para o atendimento daquele usuário. O trabalho na recepção ainda é dividido entre o agendamento de consultas, no limite das vagas existentes, e a orientação aos usuários.

Para a **Unidade de Controle e Produção de Prontuários**, o usuário representa um número, que o identifica e facilita ao recepcionista encontrar este documento, sem o qual, a consulta não se realiza. A missão desta Unidade é simplesmente burocrática, da guarda e organização dos prontuários. Em uma organização mais otimizada desta Unidade, ela poderia oferecer outros produtos, como dados de morbidade ambulatorial, informações em relação às prescrições para maior controle da sua eficácia, informações que contribuíssem para o controle de custos, e outros produtos gerados a partir dos recursos de informações, contidas nos prontuários. No entanto, na atual forma de organização, esta Unidade tem sua missão bastante reduzida.

Para a **Unidade de Produção de Consulta Médica**, aquele usuário é mais um entre os demais, e nesta Unidade tem sido estruturado seu projeto terapêutico. Daqui partem as

definições em relação às ações e procedimentos que serão demandadas aos outros profissionais de saúde. A consulta médica é o dispositivo organizado para diagnóstico e obtenção de subsídios para a formulação do projeto terapêutico. No entanto, os relatos indicam que ela tem se realizado na maioria dos casos, como um ato sumário, regulada por um tempo “T”, virtualmente de 15 minutos mas que se realiza em tempo bem inferior àquele, ficando assim o profissional “liberado” para uma segunda jornada de trabalho em outro lugar. Esta questão se tornou em vários casos, uma discussão importante para negociação de um re-contrato do trabalho médico em modelos assistenciais usuário centrados.

Organizar serviços capazes de formular e operar projetos terapêuticos que venham a atender às “necessidades reais” dos usuários, significa incorporar a idéia de multi-causalidade na produção dos problemas de saúde, onde o médico é um dos componentes importantes na definição deste projeto terapêutico, mas partilhando do mesmo com os diversos profissionais de saúde. Em grande medida, eles são grandes vítimas de um modelo assistencial empobrecedor dos projetos terapêuticos, que amesquinhou as práticas em saúde através de uma idéia reducionista do objeto de trabalho. “Toda apreciação do objeto de trabalho médico que se detenha no corpo anátomo-fisiológico se equivoca portanto, ao despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social” (Gonçalves, 1979). Libertar os diversos trabalhadores da saúde, do aprisionamento em que se encontra seu trabalho, com a conseqüente redução da sua potência em resolver problemas de saúde, é obra coletiva, onde eles próprios podem ser dispositivos de mudanças, ao reorganizarem o processo de trabalho para a produção da saúde.

**A Unidade de Produção de Ações de Enfermagem.** Chamamos de ações de enfermagem intervenções sobre o corpo do usuário com vistas às imunizações, curativos, apoio à consulta médica como a “pré-consulta” e “pós-consulta”, ações para o diagnóstico como coleta de material para exames no laboratório de análises clínicas, entre outros. Esta Unidade opera com o trabalho das auxiliares de enfermagem, sob o mando da demanda médica, como já foi mencionado, e supervisão da enfermeira. A auxiliar de enfermagem se coloca nestes casos como assessora do médico, sem autonomia, com seu potencial assistencial reduzido às ações estruturadas da Unidade de Produção. Mesmo tendo habilidades para a escuta dos usuários, através de ações acolhedoras que poderiam ser organizadas em um novo modelo de assistência, aqui ela se resume à ação normatizada da pré-consulta e pós-consulta. O tipo de organização da produção nesta Unidade a torna burocratizada, tirando potência do serviço.

**A Unidade de Dispensação de Medicamentos**, no modelo tradicional com papel central nos projetos terapêuticos, pois estes têm como um dos seus principais insumos os medicamentos, têm sua performance mais bem definida pelo fluxograma descritor. Considerada uma Unidade cara, dado os altos preços praticados pelos fabricantes e distribuidores de medicamentos, opera com racionamento. No entanto, é uma Unidade sensível à percepção do usuário, dado o alto valor que este dá aos medicamentos para a sua terapêutica. Em relação aos modelos assistenciais, a valoração desta Unidade depende de qual modelo opera nos serviços de saúde. Se o modelo “médico produtor de procedimentos”, há uma valorização acima do necessário para a produção de saúde; se o modelo “produtor do cuidado”, esta valorização se dá na medida exata da necessidade dos cuidados assistenciais. No caso de Luz, além da escassez deste recursos, esta Unidade é super valorizada e por isto mesmo, a contradição existente exacerbou-se e o serviço entrou em crise, porque não conseguia responder à excessiva demanda por medicamentos, gerando insatisfação nos usuários ou mesmo custos extraordinários, devido à aquisição no mercado privado farmacêutico do município, dos medicamentos demandados.

**A Unidade de Produção de Exames Laboratoriais**, opera também a partir da demanda médica. Integrada aos projetos terapêuticos, é responsável por um dos principais insumos na produção da saúde, no modelo assistencial tradicional, os exames para diagnóstico. Neste sentido, ocupa um espaço importante, junto com a Unidade de dispensação de medicamentos. Igualmente sensível aos usuários, é sobre valorizada pelos projetos terapêuticos, no atual modelo.

### **Conclusão:**

Os Projetos Terapêuticos, tal como estão pensados, centrados no problema de saúde entendido como expressão de um corpo anátomo-fisiológico, e da forma como são aplicados no interior da Unidade de Saúde, organizados em torno das diversas Unidades de Produção, se mostraram potentes para revelar os limites do processo de produção da assistência ao usuário.

Foi importante para o trabalho de análise do serviço, feito a partir do projeto terapêutico, escolher um problema de saúde existente, de grande prevalência no município, visto que sendo assim, o mesmo era de conhecimento da equipe, facilitando as discussões em torno do mesmo. Este procedimento tornou mais fácil buscar na memória da equipe, a forma

como operam os profissionais de saúde diante deste problema, assim como os projetos terapêuticos elaborados para sua resolução.

É importante ressaltar que a discussão do projeto terapêutico revela os problemas relacionados ao processo de trabalho, mas sobretudo o uso do patrimônio de conhecimento existente na equipe para resolverem problemas de saúde. Este patrimônio de conhecimento se inscreve entre o “núcleo de conhecimento especializado”, de cada profissional, e o “campo cuidador” que é comum a todos (Merhy, 1998). Ora, em um processo de trabalho medicocentrado, a quantidade de conhecimento dispendida para atender às necessidades de saúde dos usuários, é mínima, visto que para a produção do problema de saúde é pensada de forma restrita à causalidade biológica, às alterações no corpo anátomo-fisiológico. Por outro lado, em um processo de trabalho multiprofissional-centrado, a quantidade de conhecimento dispendida para resolver os mesmos problemas são em volume muito maior, visto que trabalha-se neste caso com multi-causalidades na produção da doença.

Ao que parece, a análise dos serviços a partir de Projetos Terapêuticos, reflete em grande medida a relação entre as “três valises” (expressão usada por Merhy, 1999, para figurar as três categorias tecnológicas), que por sua vez revelam as tecnologias de trabalho em saúde, na produção da assistência. Aliás, isto é o centro desta análise, combinado com o patrimônio de conhecimento gasto na resolução dos problemas de saúde.

Outro aspecto importante a ser comentado, propriamente sobre a análise deste serviço de saúde, diz respeito ao fato de que na produção da assistência, a partir de cada “Unidade de Produção” da UBS, o usuário é focal, não havendo *inter-ação* entre elas. É como se interviessem sobre “múltiplos usuários”, saídos de um mesmo corpo, ou um mesmo Ser, que se apresentam a estas Unidades. Nunca o usuário se apresenta por completo, com um corpo doente, sobre o qual se produziu uma carga social, relacionada ao seu modo de vida, ao ambiente sob o qual está inserido, usuário este, que detém uma dada subjetividade, produto das suas relações, sua história e percepção do mundo das coisas e do mundo das pessoas. Deste conjunto formam-se múltiplos fatores que produzem seu quadro mórbido. Os projetos terapêuticos atuais, que perpassam as diversas Unidades de Produção das Unidades Básicas de Saúde, desconhecem estas questões, na medida em que apenas imaginam partes do que deveria ser um processo. Assim, hoje operam peças de uma cadeia produtiva de assistência e não a cadeia de assistência à saúde, como um conjunto articulado.

A compartimentação da intervenção sobre o problema de saúde do usuário, expressa pela autonomização de cada Unidade de Produção da Unidade de Saúde, caracteriza um



projeto terapêutico dividido e configura um modo de operar o cuidado, que não está centrado no usuário, mas em outros lugares como os interesses privados das corporações, da “institucionalidade”, da razão instrumental que opera sobre a lógica administrativa (manter os custos com saúde congelados em um certo patamar) ou econômica (mantendo a lógica da produção de procedimentos para o cuidado aos usuários). Esta lógica, muitas vezes não é determinada na esfera do município, mas existe como uma cultura que é transmitida em cadeia aos gestores dos serviços.

O projeto terapêutico expresso aqui, se mostra extremamente empobrecido pelo cardápio restrito de serviços que são ofertados para a resolução do problema de saúde do usuário e resulta muitas vezes em inseguranças para “viver a vida”, o que faz com que os mesmos, busquem permanentemente a Unidade de Saúde (leia-se o médico) em busca de assistência, resultando enorme demanda evitável. Se o projeto terapêutico resultasse em integração entre as Unidades de Produção e interação entre os profissionais, com ações multi-centradas nas diversas causalidades do problema de saúde dos usuários, possivelmente se produziria uma outra realidade em relação à assistência aos usuários e a capacidade resolutive dos serviços de saúde.

### **Dispositivos para a organização de Projetos Terapêuticos centrados na produção do Cuidado: Uma nova forma de realizar a assistência em saúde.**

Um dos resultados esperados em relação a mudança do modelo assistencial para a saúde, diz respeito à produção de “Projetos Terapêuticos Cuidadores”, centrados nos usuários e suas necessidades. Este projeto terapêutico é viável após um processo de maturação da instituição, dos trabalhadores e usuários em relação à nova proposta assistencial. Isto naturalmente não ocorre sem resistências, na medida em que o novo modelo assistencial enfrenta a cristalização de uma cultura e valores forjados ao longo de muitos anos, a partir do ideário flexneriano combinado com os interesses do capital na estruturação dos serviços de saúde.

O que se pretende é uma reorganização produtiva, operada a partir da inversão tecnológica na produção da saúde. Para isto, podemos relacionar alguns dispositivos que podem ser organizados no sentido de detonar os processos de mudanças. São eles:

**Incorporação de múltiplos saberes na produção de saúde:** notadamente o das políticas de saúde, da clínica, da epidemiologia, sociologia da saúde, psicanálise, das

relações, da análise institucional, vigilância à saúde, entre outros que se inscrevem nos saberes obtidos de modo informal. Estes saberes só se realizam concretamente, se houver processo de trabalho multiprofissional, que opere em grande medida a partir do trabalho vivo em ato, em relações intercesoras, onde toda a energia criativa encontra espaço para se manifestar no processo produtivo (Merhy, 1997; 1999).

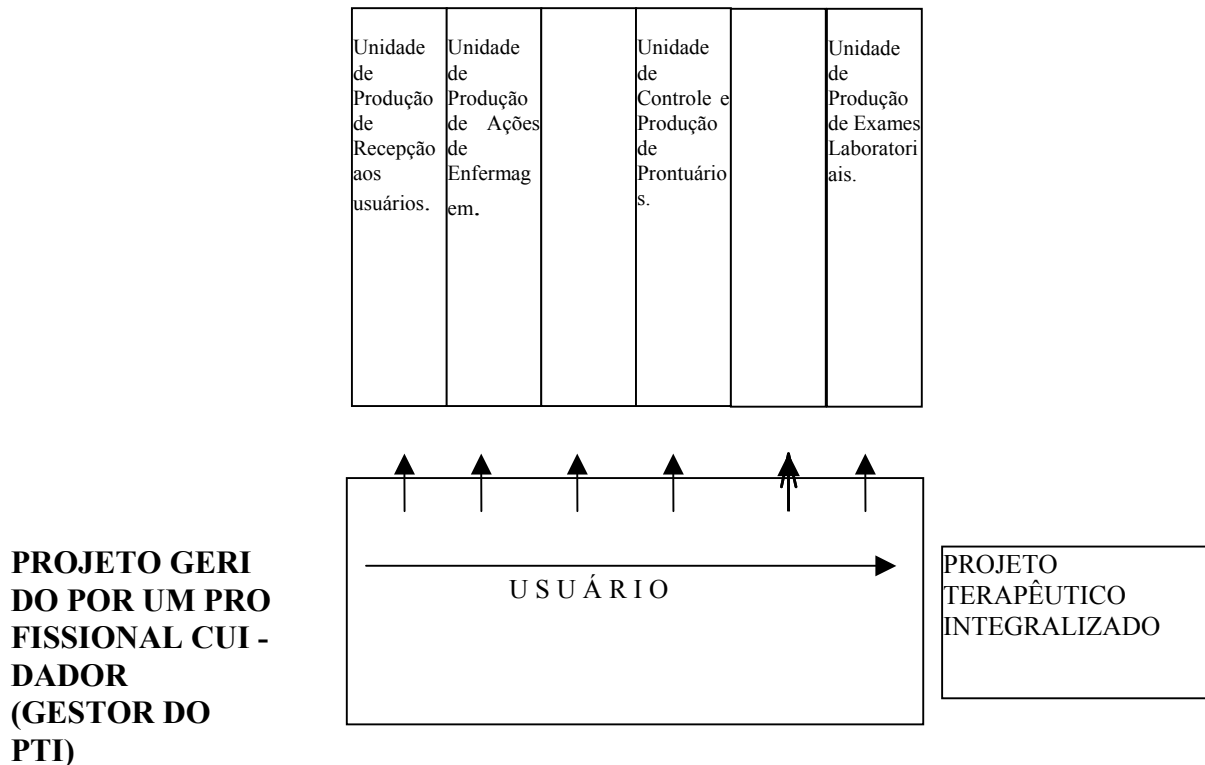
**Inversão dos processos e das tecnologias de trabalho;** Inverter o processos de trabalho, significa mudar toda a lógica de organização da força produtiva, o que concretamente vale dizer que as funções de cada trabalhador, seu posicionamento no processo produtivo, a forma como se posicionam os saberes-fazer para a realização da assistência, devem estar direcionados para o atendimento às necessidades reais dos usuários. O reordenamento dos processos de trabalho deve estar associado à inversão das tecnologias de trabalho, que de centradas nas tecnologias duras e leveduras devem passar a centrar-se nas tecnologias leves e leveduras, conforme discutido nesse texto. Estas mudanças são capazes de configurar um novo modelo de assistência.

**Ambiente organizacional favorável a mudanças** no plano micropolítico, o que requer a adesão dos profissionais de saúde em relação à nova proposta de organização da assistência. Sem a adesão dos trabalhadores de saúde, não se realiza mudança duradoura e em profundidade nos serviços.

**Ambiente institucional favorável a mudanças,** o que significa adesão de atores sociais que controlam recursos estratégicos para a viabilidade do novo modelo assistencial. Em um município, o prefeito é ator social e político importante, pelos recursos que controla e portanto sua adesão tem se mostrado muito importante para a governabilidade do projeto. Isto não é um pré-requisito ao nosso ver, na medida em que os trabalhadores de saúde, a partir dos seus micro espaços de trabalho, podem acionar dispositivos que criam processos instituintes que se movimentam no sentido da mudança do estabelecimento. Os próprios Projetos Terapêuticos Cuidadores podem servir de dispositivos. Contudo, o cenário ideal é o que consegue uma articulação fina entre a intervenção no espaço micropolítico e boa performance no cenário macropolítico, o que é capaz de garantir alta governabilidade ao novo projeto.

Através do diagrama abaixo, (Merhy, 1999) demonstramos como o Projeto Terapêutico Cuidador, centrado no usuário, pode operar a partir de uma Unidade Básica de Saúde.

## PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR CENTRADO NO USUÁRIO



O diagrama acima demonstra como pode operar um Projeto Terapêutico Integralizado, construído como relatado acima, a partir de múltiplos saberes e práticas. Uma Unidade em que este projeto terapêutico é hegemônico no cuidado aos usuários, é ele quem demanda ações às Unidades de Produção e estas, produzem ações de saúde, de forma integrada e interativa, centradas no usuário e seu problema de saúde, em uma concepção em que este problema tem multi-causalidade. É importante perceber que o usuário deve ser colocado como sujeito do seu próprio processo cuidador, exercendo o auto-cuidado e interagindo com os trabalhadores.

Para a operação deste projeto terapêutico, deve haver um “gestor do cuidado” (Merhy, 1998). Este é o profissional de saúde que deverá “administrar” o projeto terapêutico, demandando ações de outros profissionais e fazendo-os interagir para obter os resultados esperados em relação à saúde do usuário.

O novo projeto terapêutico ao produzir a inversão das tecnologias de trabalho, opera de outro modo o conhecimento matriciado em cada profissional. Isto porque consideramos que há em cada trabalhador um núcleo especializado de conhecimento, o qual ele usa para resolver problemas de saúde que são próprios da competência deste núcleo e um campo de conhecimento que pode ser comum a todos profissionais (Campos et al.,1997). No modo tradicional de conduzir o processo de trabalho, os profissionais têm acionado em grande medida o núcleo especializado de conhecimento, visto que este tem sido o principal insumo na produção da saúde no modelo flexneriano. A inversão das tecnologias de trabalho, deverá valorizar o campo de conhecimento ampliado associado ao núcleo das atividades cuidadoras que cada trabalhador opera (Merhy, 1998).

Outra questão importante diz respeito à “rede de conversas” pela qual fluem as “relações intercessoras” (Merhy, 1998) de uns profissionais com outros e de todos com os usuários, na condução de um projeto terapêutico cuidador. O Gestor do Projeto Terapêutico Integralizado tem também a função de contribuir para que esta rede de conversas opere no verdadeiro sentido da interação entre profissionais na resolução dos problemas de saúde.

A mudança dos serviços de saúde, requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de cidadania em relação a assistência à saúde, sobretudo, que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e às relações com os usuários. A mudança das práticas assistenciais, território por excelência das tecnologias de trabalho requer intensos “processos de subjetivações solidárias”, que disputam com os “processos de subjetivações capitalísticos” atuais (Guattari, 1992). Todo processo de produção coletiva, seja a gestão participativa, os processos assistenciais multiprofissionais ou mesmo programas de educação permanente, podem contribuir para a formação deste novo sujeito, motivado para produzir mudanças nos serviços de saúde.

### **Bibliografia:**

1. Barembliit, G., “Compêndio de Análise Institucional e outras correntes”, Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992.
2. Campos, G.W.; Chakour, M.; Santos, R.C. “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) in Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.
3. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.

4. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. Cecílio, L. C (org.); Merhy, E.E.; Campos, G.W. S.; 1994; in Inventando a Mudança na Saúde; Hucitec, São Paulo.
6. Chakkour e all. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia, mimeo, 1992.
7. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); Cadernos de Saúde Pública Nº 15, ENSP; junho-1999.
8. Franco, T.B. e Merhy, E.E.; O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP); Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp – Campinas (SP); 1999.
9. Franco, T.B. e Merhy EE; PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial; Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp – Campinas (SP); 1999.
10. Gonçalves, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; HUCITEC, São Paulo, 1994.
11. Gonçalves, RBM; Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico; Tese de mestrado defendida na USP, São Paulo, 1979.
12. Lévy, P. “As Árvores de Conhecimentos”, Ed. Escuta, 1995.
13. Matus, C. - “Política, Planejamento e Governo”, Ipea, Brasília, 1993;
14. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.
15. Merhy, E.E. “A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas”, mimeo, Campinas, 1998.
16. Merhy, E.E. “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde”; mimeo; Campinas-SP; 1999.
17. Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; São Paulo, 1998.

18. Merhy, E.E. A Saúde Pública como Política -um estudo dos formuladores de políticas; Hucitec, São Paulo, 1992.
19. Perfil dos Médicos no Brasil; Vol. I - Brasil e Grandes Regiões; Relatório de Pesquisa realizado pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
20. Schraiber, L.B., “O Médico e seu Trabalho”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1993.
21. Silva Jr. A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998.

Campinas – Belo Horizonte, fevereiro de 2.000.