

O cuidado integral na instituição hospitalar

Eliana Ribas¹

1. Introdução

A proposta de falar sobre o cuidado integral na instituição hospitalar num simpósio sobre saúde mental nas práticas de saúde me levou a retomar e organizar uma série de questões que foram bastante importantes no período em que estive trabalhando mais diretamente no serviço público de saúde.

Pretendo falar rapidamente destas questões, especialmente em termos das diversas perspectivas que compõem a idéia de integralidade no processo de produção de saúde, do ponto de vista da saúde mental e com foco na instituição hospitalar como lugar de criação e exercício de dispositivos para a prática da integralidade.

Para isto recorro, em primeiro lugar, à minha experiência clínica como psicanalista que deixa como marca principal a experiência de testemunhar, de um ponto de vista bastante peculiar, o constante embate que caracteriza as relações humanas. Peculiar no sentido de exigir uma disposição e um esforço para a difícil convivência com o outro em suas mais diversas dimensões, com suas singularidades e impossibilidades. Idéias básicas da psicanálise – papel do inconsciente em nossa forma de reconhecer o mundo, compreensão da dinâmica transferencial que se instala em qualquer relação profissional-usuário, consideração aos processos inconscientes de resistência frente aos conflitos, o valor da liberação da palavra e abertura de sua escuta como dispositivos de mudança e de constituição de subjetividade – a partir da experiência clínica são referências básicas para a compreensão da idéia de cuidado integral em saúde.

Em segundo lugar, recorro à experiência de ter coordenado a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)² no período de 2000 a 2003, no qual a principal tarefa foi buscar, junto a profissionais de saúde de hospitais e secretarias de saúde, novas formas de atendimento e de trabalho em saúde. Esta busca de novas alternativas diz respeito à maneira como se dão as relações no atendimento e no trabalho em saúde, favorecendo um modo de agir mais democrático, autônomo e, principalmente, com respeito ao outro. Há nesta idéia uma ênfase à valorização das singularidades, à produção de sujeitos atores na produção de saúde, ao fortalecimento de uma cultura de participação, cooperação e co-responsabilidade.

¹ Psicanalista, doutora em Psicologia Clínica pela PUC de São Paulo, Diretora de Projetos da Prattein – Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social, ex-coordenadora do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Contato: eliana.ribas@prattein.com.br.

² BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2002.

PRATTEIN

CONSULTORIA EM EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

E, em terceiro, recorro à experiência de ter participado, nos dois últimos anos, de um grupo de assessoria ao trabalho de criação e implantação de redes locais. Neste trabalho, mais uma vez, fica evidente o valor do uso de mecanismos de articulação de ações, recursos e competências, em nível local, que visam a superação do isolamento e do caráter pontual que marcam muitas iniciativas no campo social. Estas articulações se constituem por relações horizontais, interconexas e com dinâmicas que supõem o trabalho colaborativo e participativo, gerando tanto um conhecimento mais amplo e compartilhado dos problemas e demandas quanto uma utilização mais efetiva dos recursos e competências disponíveis. Neste processo de construção conjunta, a participação da comunidade foi sempre fundamental.

O fio condutor destas experiências está num cuidado e escuta do outro, nas suas mais diversas formas de apresentação, que entendo como fundamentais para qualquer trabalho que pretenda abrir espaço para novas possibilidades de relação e vínculo entre pessoas, para novas possibilidades de constituição de subjetividade.

2. Integralidade como princípio

A integralidade³, como um dos princípios do SUS que exige novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários, se efetiva através da relação entre os diversos atores com suas diferentes perspectivas e interesses, no interior das instituições, nos vários níveis de atenção do sistema de saúde.

Tendo esta concepção como ponto de partida, o exercício da integralidade pressupõe um olhar atencioso às diversas perspectivas que compõem o processo de produção de saúde: dos usuários, dos grupos de profissionais, das instituições e serviços e do sistema de saúde. No processo de inter-relação destas perspectivas estão presentes demandas e ofertas que revelam uma pluralidade de diferenças que, muitas vezes, se apresentam de forma desarticulada e contraditória⁴.

³ Definição legal e institucional de integralidade: “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde – NOB 96 Brasília: Ministério da Saúde, 1996).

⁴ Estas diferentes perspectivas já foram discutidas com inegável competência por vários autores. Há um material bastante rico produzido e debatido a partir do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, nascido em 2000 e integrado a linha de pesquisa do Grupo do CNPq Racionalidades Médicas” que oferece exemplos de discussão conceitual da noção de integralidade assim como de experiências práticas realizadas em diferentes setores do sistema de saúde. Ver em PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ORG.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001; e PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ORG.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2003.

PRATTEIN

CONSULTORIA EM EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Do ponto de vista da relação usuário-profissional de saúde, a atenção integral supõe tanto o oferecimento de todo recurso técnico disponível para o restabelecimento e preservação da saúde quanto o oferecimento de qualidade nos vínculos usuário-profissional. Qualidade nos vínculos é aqui entendida como atenção à maneira pela qual as relações se estabelecem, pelo respeito às singularidades e pela boa comunicação interpessoal. A realização de qualquer ação técnica acontece sempre a partir de uma relação intersubjetiva e provoca repercussões em todos os envolvidos. O reconhecimento destas repercussões é um importante fator para conhecimento e atendimento das necessidades ali expressas. No entanto, esta tarefa é bastante complexa. O que geralmente acontece é a priorização de aspectos biológicos e relativos à doença em detrimento de aspectos subjetivos, sociais e culturais. Esta priorização, comum à lógica médica, tem implicações tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde. Para o atendimento do usuário, traz uma dificuldade de compreensão da amplitude e da singularidade de seu sofrimento e do alto grau de imprevisibilidade que caracteriza os acontecimentos nos processos de saúde-doença, de cura e de morte. Para o profissional de saúde, a quase ausência de consideração de aspectos de sua subjetividade traz implicações tanto para a qualidade da oferta de cuidado ao usuário quanto para o reconhecimento das suas próprias demandas no exercício de seu trabalho.

Nas relações entre profissionais de saúde-instituição, especialmente na instituição hospitalar, evidencia-se uma multiplicidade de saberes que expressam particularidades das diversas lógicas que orientam as profissões e as dinâmicas dos serviços. Desta perspectiva a integralidade supõe uma capacidade de agir através de equipes multidisciplinares, nas quais haja uma efetiva conjugação dos diversos saberes e práticas. Em especial, a gestão da instituição tem papel fundamental na maneira pela qual os profissionais terão uma participação mais ou menos articulada e integrada. Um estilo de gestão que favoreça uma adequada coordenação da multiplicidade de lógicas e de ações, que promova relações de trabalho mais democráticas, e com maior grau de participação dos profissionais na definição de caminhos e propostas para o funcionamento da instituição, oferecerá maiores condições de cuidado integral. No entanto, aqui também esta tarefa não é nada fácil. Cada vez mais serviços e profissões se especializam, produzem conhecimentos específicos, ações desarticuladas, e organizam-se segundo uma hierarquização na qual o saber do médico tem posição superior e central frente às demais áreas. Este quadro reforça a fragmentação do processo de trabalho, produz insatisfação dos profissionais quanto às suas condições de trabalho e enquanto sujeitos e agentes de sua prática, favorecendo o descompromisso com o sofrimento dos usuários e a fragilização das relações entre os profissionais.

Da perspectiva do lugar da instituição dentro do sistema de saúde a integralidade supõe uma articulação e comunicação entre instituições que garanta uma complementaridade de ações entre os diversos níveis de complexidade do sistema. Aqui contamos também com as lógicas específicas de cada nível de complexidade funcionando com a mesma fragmentação que caracteriza a dinâmica interna das instituições e a relação entre as instituições. Esta desarticulação dificulta consideravelmente uma complementaridade de serviços e um fluxo integrado de funcionamento. A realidade do sistema público de saúde, ainda muito burocratizado e verticalizado, tem muito a caminhar no sentido da integralidade.

Todas estas questões indicam como o desafio da integralidade nos remete a um campo de articulações e fluxos bastante complexo. Trata-se essencialmente da construção e fortalecimento de vínculos e relações. Na busca de integralidade nos defrontamos com um mar de intersecções e diferenças que insistem em manter seus territórios e singularidades. **Mas, a tarefa do cuidado integral não seria justamente, a partir da consideração e respeito às diferenças, criar nos espaços intra e inter-institucionais alguns dispositivos que facilitem o diálogo, a inclusão, a cooperação e a confiança entre os diferentes atores?**

3. Entre o princípio e a prática: a criação de um dispositivo⁵ para o exercício do cuidado integral na instituição hospitalar

Como um princípio, a integralidade deve ser entendida como um direcionamento, uma meta. É, na verdade, um exercício de aceitação dos limites frente à convivência de um ideal norteador e o reconhecimento da impossibilidade, na prática, de atingir sua realização. Este exercício no cotidiano das ações em saúde exige aceitar que diferenças e conflitos nunca serão totalmente superados sem, contudo, se desistir da tarefa de criar novas formas de intervir na realidade, especialmente em suas áreas de tensão.

As áreas de tensão, em qualquer ponto da rede de relações que constituem o sistema de saúde, são também oportunidades de escuta, fala, análise e compreensão da realidade. Neste sentido, o hospital, em função de sua natureza multidisciplinar, oferece potencialmente um campo bastante rico para o exercício do cuidado integral.

É no interior das instituições de saúde e nas práticas que ali ocorrem que é possível a constituição de espaços de acolhimento destas tensões e de produção de novas alternativas de funcionamento. Isto implica o reconhecimento do valor da produção de recortes e de criação de “espaços locais” para a produção de integralidade. Espaços locais que possam produzir efeitos nas lógicas instituídas e nas tensões entre elas, sejam no sentido de produção de mudanças, seja na produção de consensos, seja na manutenção das diferenças com possibilidade de diálogo. A idéia de produção de espaços locais não se sustenta caso não comporte uma dimensão relacional envolvendo atores tanto internos quanto externos a esse espaço, ou seja, estes espaços só se definem em relação a uma teia de inter-relações que compõem o contexto do qual estão inseridos.

É interessante pensar no duplo sentido que podemos dar à idéia de “criar espaço”: a) ter espaço de acolhimento no sentido de continência, criando possibilidade de convivência e

⁵ O conceito de dispositivo refere-se a uma montagem ou artifício produtor de inovações e de realidades alternativas, gerando novas possibilidades, singularidades e diferenças. Ver em BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional*. Belo Horizonte: Editora Instituto Félix Guatarri, 2002.

PRATTEIN

CONSULTORIA EM EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

integração; b) abrir espaços no sentido de criar brechas, abrir furos nas lógicas atuantes, criando possibilidade de novas percepções e novas práticas.

A instalação destes espaços como dispositivos para o exercício de integralidade tem como pano de fundo uma realidade marcada por uma série de fatores que trazem enormes desafios para o funcionamento hospitalar. Entre eles estão aqueles decorrentes dos condicionamentos da administração pública, da complexidade relativa à organização do trabalho em si e das ações específicas de cada área desse trabalho, de questões estruturais como a importância política conferida ao setor, de questões de limitações para a organização interna relativas a recursos financeiros, recursos humanos, padrões de gestão e de trabalho⁶. De modo geral, os hospitais têm uma estrutura verticalizada e burocrática, com poder de decisões bastante centralizado. É composto por setores segmentados a partir de especialidades técnicas e submetidos ao saber médico. O funcionamento desses setores é marcado por interesses e objetivos próprios que lhe conferem isolamento em relação às outras áreas e ao todo da instituição. A multiplicidade de ações específicas que compõem cada serviço muitas vezes não conta com uma coordenação e organização do trabalho. Não cabe aqui um detalhamento destes fatores, mas é impossível não tê-los em mente quando nos deparamos com a tarefa de propor algum dispositivo de intervenção na instituição hospitalar.

A partir da consideração deste quadro mais genérico do contexto externo e interno das instituições hospitalares, impõe-se, em direção complementar a esta, um reconhecimento das enormes discrepâncias entre as realidades particulares de cada organização. Sabemos das grandes diferenças existentes em cada hospital, ou mesmo das diferenças internas entre seus diversos setores e serviços. A experiência obtida com a implantação do PNHAH confirmou aquilo que já sabíamos desde o princípio de sua criação: não existe um modelo único de proposta de intervenção que seja adequado a qualquer hospital ou que possa ser operacionalizado de forma burocrática e descontextualizado. O respeito à história da instituição, às suas características e singularidades é fundamental para que haja um verdadeiro engajamento dos profissionais na criação e implantação de qualquer nova proposta de funcionamento. O desenho desta proposta precisa ser feito artesanalmente, com a participação de representantes do maior número possível de áreas, serviços e categorias profissionais. A participação efetiva do gestor é fator decisivo para a institucionalização da ação a ser desenvolvida e, portanto, para sua sustentabilidade.

Considerando este quadro geral de desafios e a consideração às singularidades de cada instituição, a criação de “espaços locais” para a produção de integralidade poderá, por sua lógica de constituição e funcionamento, produzir efeitos nas lógicas instituídas (no sentido de criar novas percepções e novas práticas) e comportar uma dimensão relacional (no sentido de criar possibilidades de convivência e integração). Um exemplo significativo

⁶ BARBOSA, P.R., *Gestão em Saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo sistema de saúde*. Em: FLEURY, S. (org.), *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PRATTEIN

CONSULTORIA EM EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

destes espaços foram os Grupos de Trabalho de Humanização constituídos nos hospitais participantes do PNHAH. Estes grupos contavam com as seguintes características: 1) foram constituídos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando garantir que diferenças fossem respeitadas e o diálogo fosse mais possível; 2) tinham coordenação autogerida, de forma a se buscar uma experiência de participação mais democrática, de descentralização das decisões e de horizontalização do saberes; 3) foram constituídos com o objetivo de produzir questionamentos sobre o sentido de suas práticas, de criar espaço de escuta de usuários, profissionais e gestores e de estimular participação, compromissos e responsabilização; e 4) com função e autonomia definidas a partir de instrumentos de consolidação institucional.

Como meta ideal a ser realizada propunha-se a estes grupos o desafio da realização de uma dupla tarefa: 1) de constituir-se como grupo sujeito⁷ e 2) de articular-se em rede através de um funcionamento transversal⁸. Como grupo sujeito, ser capaz de funcionar com relativa autonomia promovendo mais comunicação interna e propostas de melhoria dos vínculos entre profissionais e usuários; como ponto de intersecção de uma rede, buscar caminhos de participação efetiva em processos de negociação com outros hospitais, com instituições extra-hospitalares, com unidades básicas e, especialmente com Diretorias Regionais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Deste modo, funcionar como um dispositivo agenciador capaz de promover uma rede de trocas. Seu caráter transversal buscou favorecer a interpenetração ou entrelaçamento de lideranças e categorias profissionais diversas, articulando diferentes campos disciplinares e graus hierárquicos. Este caráter se realiza na articulação com os diversos atores, internos e externos ao hospital.

O modo de construção destes grupos e a lógica de seu funcionamento oferecem boas pistas para propostas que visem promover articulações e fluxos através do fortalecimento dos vínculos entre pessoas, setores e serviços e que busquem contribuir para a realização de transformações institucionais no sentido de estabelecer relações mais democráticas e responsáveis e de oferecer um cuidado integral aos usuários.

⁷ GUATARRI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

⁸ GUATARRI, 1981, op.cit.