



GESTÃO DEMOCRÁTICA, CLÍNICA AMPLIADA E REDES DE ATENÇÃO COMO CONCEITOS ORIENTADORES DA ANÁLISE E DA OFERTA DE DISPOSITIVOS PARA REFORMA DA ATENÇÃO BÁSICA ¹

Dario Frederico Pasche², Liamara Denise Ubessi³, Liane Beatriz Righi⁴

Este ensaio parte do pressuposto de que clínica e gestão em saúde são indissociáveis e utiliza os conceitos de gestão democrática, de clínica ampliada e de redes de atenção para analisar e ofertar dispositivos para equipes de atenção básica. Os autores realizam esta reflexão tendo como base sua atuação como apoiadores institucionais de equipes na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul e como docentes no campo da gestão em saúde. A constatação de que convivem velhas e novas concepções de saúde e de atenção básica, velhas e novas propostas e formas de gerir processos de trabalho e velhas e formas de participar da rede de atenção no município e região indica a existência de potência para a mudança. Ações articuladas entre o ensino de graduação, de extensão e apoio intensivo para equipes são espaços para discussão de temas que potencializem a ação dos novos sujeitos em constituição no processo de fortalecimento da atenção básica. A ampliação da política de atenção básica no Brasil que na última década fez com que a rede de atenção à saúde passasse por profundas transformações as quais apontam para a ampliação de serviços sem internação, decorrente do incremento de investimentos na área de atenção básica. Não desconhecendo a importância do tema da precarização do trabalho, se reconhece que a estratégia de Saúde da Família ampliou significativamente o número de trabalhadores com vínculo efetivo a uma equipe e a um território. Além destes, há um contingente relativamente grande de outros profissionais que estão inseridos em outras modalidades contratuais, que trabalham ou na forma de “prestação de serviços” na rede básica (ligados a uma concepção mais atrasada de atenção básica), ou a partir de “entradas matriciais”, articulando-se de forma mais orgânica às equipes, compondo-as. Diferentes trabalhadores e diferentes equipes organizam seu trabalho a partir de diferentes concepções a respeito do que é a atenção básica. Assim, há uma concepção mais atrasada e arcaica, ligada à produção política e tecnológica das décadas de 60 e 70 do século passado, que a resume ao atendimento de demandas espontâneas por uma equipe que é na verdade um agrupamento de pessoas, cuja principal tecnologia de trabalho é a oferta de atendimentos médicos, de odontologia e de enfermagem na modalidade de pronto-atendimento, o que reduz as ações à queixa-conduta. De outra parte identifica-se uma posição avançada de atenção básica, correspondendo à ação de equipe interdisciplinar, que articula ações de cura e reabilitação com aqueles de promoção e prevenção, contratadas nas equipes por processos negociação, disputa e ampliação de núcleos e campos de competências e responsabilidades. Esta concepção, contudo, quase nunca está associada à função de coordenação do conjunto da rede de cuidados, percepção ainda rara entre as equipes de atenção básica. Além destas, por fim, há uma terceira concepção que pode ser denominada de transição em direção a esta concepção mais avançada. As equipes superaram – e mesmo criticam - a concepção de atenção básica como o lugar de atender aos pobres e se fazer o mais simples, e almejam recriar seus processos de trabalho sem, contudo, na maioria dos casos,



encontrarem os recursos para a realização de tal empreitada. Esta posição é a predominante na região, ou seja, há um grande potencial para a realização de mudanças na organização do trabalho e, conseqüentemente, nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção básica, o que exige, todavia, ofertas teóricas e metodológicas, o que constitui demandas de formação e por apoio institucional. É possível afirmar-se que há mesmo esgotamento no movimento das equipes para a produção de mudanças, as quais necessitam de suporte para manejar suas dificuldades e problemas e criar e reinventar seus modos de organização. Esta questão, também se coloca na relação destas equipes com os demais equipamentos de saúde da “rede”, pois a situação verificada é de extremo isolamento e falta de contratualizações mínimas e de comunicação com outros serviços, o que acaba por reforçar, na prática, concepções mais restritas de atenção básica. Assumir a posição de que ao se trabalhar com objetos complexos coloca de imediato a insuficiência dos acúmulos de cada um dos territórios disciplinares, que necessitam intercambiar saberes (teóricos e tecnológicos) para encontrar respostas concretas, postas por indivíduos concretos. E esta é uma tarefa coletiva, de partilhamento, de produção de novos saberes, operados por novos sujeitos. Talvez aí o conceito de transdisciplinaridade se coloque com maior precisão. A reconstrução dos modos de trabalhar requer mudanças nas formas de produção e fluxo de poder na equipe, e uma tarefa substantiva desta mudança é a posição e papel assumidas pela coordenação. Neste sentido, parece que há muito que se acumular e se avançar, pois as coordenações das equipes têm em geral por função mais relevante e importante a realização de atividades administrativas, ou seja, aquelas atinentes ao fluxo de informações desde níveis mais centrais, em geral derivadas de atividades meio, as quais devem ser assimiladas e processadas pelas equipes. Ainda não visível um papel de coordenação que efetivamente se apresente como um dispositivo, como um acionador de processos de grupalização, ou seja, um agente de provocação de desacomodações, de produção de movimentos e de deslocamentos na dinâmica de formação de certa grupalidade, levando-a a novos acúmulos. O que se observa em geral é que as coordenações têm pequena interferência sobre as decisões do trabalho da equipe, que tende a não problematizar sobre seus efeitos nem em relação à eficácia clínica e de saúde coletiva, nem sobre a construção de modos de subjetivação, ou sobre a dinâmica de interação entre os sujeitos. A forma com que as equipes se organizam no território condiz com a concepção que elas têm de atenção básica, o que explica o desinvestimento neste âmbito de atenção à saúde. A situação da atenção básica na região, como se pode observar, merece maior atenção por parte de gestores e equipes, sobretudo na superação de problemas decorrentes das formas de organização do trabalho das equipes e a relação entre estas e os demais equipamentos da rede de atenção. Esta em curso na região um processo de ampliação da atenção básica, a qual, contudo, necessita ampliar seu escopo de responsabilidades, dirigindo-se, entre outros para o exercício da coordenação do cuidado, que requer novos acordos e contratos entre gestor e serviços e equipes de atenção básica e equipes de referência especializada. Neste novo papel a função da coordenação das equipes toma um lugar estratégico, adicionando às atividades de natureza administrativa a função de coordenação de processos de trabalho, o que exige sua compreensão e exercício como dispositivo grupal. A disputa por modos de organizar as práticas de saúde se situa também no campo da produção cultural e simbólica, tanto entre os profissionais e gestores, como entre a população, pois a “nova atenção básica”, além de requer



capacidade de reinventar e criar novas tecnologias de intervenção da organização de serviços e práticas de saúde, deverá também produzir novas percepções, haja vista sua identificação e aderência à baixa complexidade e ao simples, que desloca a realização da excelência da produção de saúde para as intervenções e as ações de especialistas e ações de alto custo.

¹ Este trabalho decorre da atuação dos autores como apoiadores institucionais de equipes na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul e como docentes no campo da gestão em saúde.

² Enfermeiro, Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva, Professor do curso de Enfermagem, DCSa/Unijuí, Coordenador da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção na Saúde – PNH / Ministério da Saúde, dario.pasche@saude.gov.br

³ Psicóloga, estudante de Enfermagem, especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde e pós-graduanda em Saúde Pública, Unijuí, bolsista voluntária, lia@unijui.edu.br

⁴ Enfermeira, Sanitarista, Doutora em Saúde Coletiva, Professora do curso de Enfermagem, DCSa/Unijuí, Consultora da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção na Saúde – PNH/Ministério da Saúde/PNUD, lianebr@unijui.edu.br.