

LINHAS DO CUIDADO INTEGRAL: UMA PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE.

Camilla Maia Franco

Mestranda em Saúde Coletiva – UFF

Superintendente da Policlínica Municipal Agnaldo de Moraes - Silva Jardim

Túlio Batista Franco

Professor Dr. da Universidade Federal Fluminense

PARTE I.

LINHAS DO CUIDADO PASSO A PASSO:

O que é Linha do Cuidado?

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

A Linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contra-referência, apesar de incluí-los também. Ela difere pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos ,reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita.

Por que se deve chamar Linha do Cuidado Integral?

Porque a Linha do Cuidado Integral incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família

e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde.

Acolhimento, Vínculo e Responsabilização são diretrizes da Linha do Cuidado?

Sim. O próprio nome já diz, que Linha do Cuidado só cuida de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o Acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e se necessário, fazer um encaminhamento seguro, e isto só é possível se esta rede estiver operando com base na Linha do Cuidado. É necessário que os trabalhadores estabeleçam Vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades.

Tudo isto significa que é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários.

Como funciona a Linha do Cuidado Integral?

Ela funciona com base nos Projetos Terapêuticos, ou seja, o que queremos dizer é que o Projeto Terapêutico aciona, ou, dispara a Linha do Cuidado. O que é isto? Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai

orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade.

Importa pensar que com a Linha do Cuidado Integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

Como fazer para uma Linha do Cuidado Integral funcionar?

O mais importante é o pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial.. É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde.

É o pacto firmado sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, que vai garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila, assegurando o acesso aos usuários. Um pacto interno de gestão é fundamental neste processo.

Como montar as Linhas de Cuidado Integral?

Para montar as Linhas de Cuidado é necessário o envolvimento de todos que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde. Pela ordem propomos:

1. Em primeiro lugar é necessário mapear a rede de serviços de saúde, e aqueles que devem estar envolvidos, e propor que a discussão das Linhas se dê de forma coletiva.
2. A segunda questão é definir quais Linhas de Cuidado serão montadas. Isto porque sabemos que os serviços de saúde têm inúmeros fluxos de cuidado funcionando, para cada grupo nosológico, ou programas de cuidado. Então se devem escolher as Linhas de Cuidado que serão prioritariamente organizadas. O critério para esta definição pode ser a prevalência de

determinado problema de saúde na população, a carência de cuidados em alguma área específica, a dificuldade de acesso, a facilidade em montar a Linha de Cuidado e outros que a própria equipe pode definir. Por exemplo, podemos pensar como prioritários as Linhas do Cuidado em saúde materno-infantil, do idoso, saúde mental, hipertensão arterial e saúde bucal. Isto significa que para cada segmento de cuidado destes, deve haver uma pactuação e um trabalho em equipe, coletivo para construção dos fluxos de acesso e cuidado aos usuários.

3. Realizar as oficinas de trabalho com todos aqueles implicados com determinado segmento de cuidado e nesta oficina produzir os pactos, e definir os fluxos de cuidado aos usuários. Só um processo coletivo pode garantir que haja um bom funcionamento das Linhas de Cuidado após a sua organização. A discussão e pactuação conjunta garante o compromisso de cada um, ativa a idéia de que o usuário é o centro dos serviços de saúde, e os fluxos de acesso aos serviços devem proporcionar um acesso seguro e tranquilo a estes usuários.
4. O importante na oficina é mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços, e usar a criatividade para garantir que o sistema trabalhe com base nas necessidades dos usuários, desobstruindo entraves burocráticos de acesso aos serviços. A confiança, solidariedade, espírito de equipe, de trabalho em redes, colaboração mútua, são fundamentais para que as Linhas de Cuidado funcione adequadamente, como fluxos ininterruptos de cuidado integral à saúde. Para que a equipe seja criativa ela deve ter liberdade para pensar e agir, tomando decisões que melhor convém ao bom funcionamento dos serviços de saúde.

É importante advertir que para montar as Linhas de Cuidado a equipe pode necessitar da ajuda de um profissional que entende de fluxos de rede de serviços, e detém uma metodologia adequada para a condução das oficinas que vão trabalhar na organização das Linhas.

A Linha do Cuidado pode se formar dentro de uma Unidade de Saúde, por exemplo, uma Unidade Básica, Policlínica ou Hospital, ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de que recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados, e onde estão estes recursos. Se há uma dimensão regional para a rede de saúde, a Linha pode ter o alcance loco-regional. Não há um limite pré-definido, a realidade de cada local e as pactuações desenvolvidas vão definir sua dimensão.

E depois de organizadas as Linhas de Cuidado Integral, como fazer para manter o seu funcionamento?

É muito importante que cada Linha de Cuidado organizada tenha um gestor, ou um colegiado gestor como for melhor, pensando e operacionalizando seus fluxos, garantindo que os caminhos de acesso aos serviços permaneçam desobstruídos e fazendo uma “vigilância” pela não burocratização destes fluxos. Portanto percebemos que a gestão das Linhas de Cuidado é fundamental.

O gestor ou colegiado gestor da Linha de Cuidado pode ser composta por aquele que detém o conhecimento dos fluxos e tem trânsito entre todos os serviços; ou, no caso do colegiado, por aqueles indicados por cada serviço para fazer esta gestão.

A gestão das Linhas de Cuidado deve estar atenta aos processos instituintes, isto é, as mudanças do processo de trabalho, os novos fluxos que surgem, as inovações no ato de cuidar, o grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais. Não é porque algo não está previsto anteriormente nos fluxos, que pode ser prejudicial ao mesmo. Muitas vezes a novidade que surge é um aperfeiçoamento ao processo pensado originalmente, e, portanto deve ser contemplado. Liberdade anda junto com a criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento das Linhas de Cuidado Integral.

PARTE II.

REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA DISCUSSÃO DAS LINHAS DE CUIDADO INTEGRAL:

Introdução.

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. E neste sentido a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade.

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde.

A questão da integralidade de atenção à saúde, deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY; 1997). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Construindo as “Linhas do Cuidado”.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz CECÍLIO & MERHY, 2003:

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...”.

Imaginamos, portanto, que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário. A organização do trabalho requer que se pense no seguinte: 1. O conhecimento do ato de cuidado, ou seja, os saberes técnicos estruturados como o da clínica são fundamentais. 2. O correto uso dos instrumentos e protocolos, sem deixar que o trabalho fique amarrado e engessado no que diz estas diretrizes, mas procurem nos protocolos uma referência e apoio para o trabalho cotidiano. 3. O ato de cuidar como campo solidário, humanizado de relações, onde acontecem fluxos de afetos entre trabalhador e usuário, que faz com que este se sinta protegido pelos atos assistenciais.

Estes requisitos para organização do processo de trabalho vão permear os vários campos da saúde, como as vigilâncias à saúde, cuidados clínicos e toda rede de saberes e práticas em saúde. Neste sentido é fundamental, por exemplo, que a rede básica de assistência à saúde tenha o máximo de resolutividade, deve ser levada ao limite das suas possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Imaginamos que a linha do cuidado se forma com base nas Unidades de Saúde

disponíveis na rede assistencial. E em uma só Unidade Básica de Saúde é possível perceber que existem várias micro-unidades que se comportam como um lugar de produção do cuidado.

Unidades de Produção da Unidade Básica de Saúde¹:

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 aos resultados esperados em relação à resolução

¹ Ver: Franco, Túlio Batista. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

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 um fio condutor da Linha do Cuidado Integral.

O usuário, quando entra na Unidade Básica em busca da resolução de um determinado problema de saúde, 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/os** profissionais que o atendeu, 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 ser realizada 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, da epidemiologia, da psicanálise, da sociologia da saúde, das 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, 2002).

O projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.

Esta discussão dá sentido para a idéia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais.

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

A Gestão das Linhas do Cuidado Integral.

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como todos os fluxos assistenciais, para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário. Desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS.

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

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

1. Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.
2. Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”.
3. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção.
4. Garantia de fluxos também da atenção especializada para a ESF's na Unidade Básica, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.
5. Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.
6. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.

Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença, É importante

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

Referências Bibliográficas:

- CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).
- FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H.. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.
- FRANCO, T.B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.
- GONÇALVES, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; HUCITEC, São Paulo, 1994.
- GONÇALVES, RBM; Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico; Tese de mestrado defendida na USP, São Paulo, 1979.
- LÉVY, P. "As Árvores de Conhecimentos", Ed. Escuta, 1995.
- MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.
- MERHY, E.E.; A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE; "BH-VIDA: Saúde Integral"; Belo Horizonte, 2003. (mimeo).