

AS TECNOLOGIAS LEVES COMO ORIENTADORAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE^a

Giselda Quintana MARQUES^b
Maria Alice Dias da Silva LIMA^c

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre as principais características dos modelos tecno-assistenciais da **Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida**, propondo as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, busca da autonomia e a gestão, como forma de governar processos de trabalho) como orientadoras das práticas em serviços de saúde, na busca da qualidade de vida dos cidadãos usuários do sistema.

Descritores: serviços de saúde; administração em saúde pública; qualidade dos cuidados de saúde.

RESUMEN

*Este artículo presenta una reflexión sobre las principales características de los modelos tecno-asistenciales de **Vigilancia de Salud y En Defensa de la Vida**, proponiendo las tecnologías leves (acogida, vínculo, búsqueda de autonomía y la gestión como forma de gobernar los procesos de trabajo) como orientadoras de las prácticas en servicios de salud, en la búsqueda de calidad de vida de los ciudadanos usuarios del sistema.*

Descriptores: servicios de salud; administración en salud pública; calidad de la atención de salud.

Título: Las tecnologías leves como orientadoras de los procesos de trabajo en servicios de salud.

ABSTRACT

*This article presents a reflection about the main characteristics of a techno-assistential model of **Health Surveillance and Life Protection**, suggesting light technologies (acceptance, bond, search for autonomy and management, as goals for the work process) as guidelines for the practices in healthcare, in search of life quality for the service users.*

Descriptors: health services; public health administration; quality of health care.

Title: Light technologies as guidelines for the work process in health services.

^a Artigo elaborado a partir do Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado para Exame de Qualificação, no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

^b Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

^c Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo constitui-se em uma reflexão sobre as principais características dos modelos tecno-assistenciais da **Vigilância da Saúde**⁽¹⁻³⁾ e **Em Defesa da Vida**⁽⁴⁻⁶⁾. Esses modelos valorizam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir da década de 90, são as principais alternativas para romper com o modelo biomédico das décadas anteriores.

As mudanças na legislação, instituídas através da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080⁽⁷⁾ propuseram ao setor Saúde uma reorganização político-administrativa com base nas seguintes diretrizes gerais: universalização da atenção; equidade no atendimento; integridade das ações; descentralização da execução e da tomada de decisão; participação da sociedade em diversos fóruns; integração institucional com comando único em cada esfera de governo; e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde com organização distrital. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dessa área, em todo o território nacional, sejam eles de direito público ou privado.

A partir dos processos de municipalização da Saúde muito já foi modificado na estrutura dos serviços, na reorganização da atenção, na ampliação dos recursos humanos e no estabelecimento de políticas que busquem a satisfação das necessidades da população.

Apesar das mudanças serem significativas, o que temos visto, na prática, é que, mesmo com os esforços dos gestores e dos gerentes, ainda existe ineficiência nos serviços de saúde e insatisfação da clientela. Esta ineficiência tem relação com o sistema, como um todo. A relação entre a oferta e a demanda tem sido baseada na realização de procedimentos médicos, independentemente dos perfis de morbi-mortalidade da população e das reais necessidades de saúde do cidadão, da

existência de cobertura assistencial, nas diferentes áreas da cidade, da complementariedade e integração das ações desenvolvidas ou da hierarquização da rede de serviços.

O acesso à atenção básica, na maioria dos casos, é desorganizado e baseado na procura espontânea às unidades de Saúde sem correlação com suas especificidades e sua capacidade resolutiva. Essa baixa resolutividade dos serviços pode ser resultado da forma como o trabalho é operacionalizado, sendo que em muitos casos o instrumental de organização desse não obtém um produto de qualidade e, assim, a ação do profissional que oferece seus instrumentos também é de baixa qualidade, não respondendo as necessidades da população. A burocratização do acesso e a pulverização de tecnologias, impedem ao usuário, aos trabalhadores e aos gerentes do sistema a visualização das potencialidades assistenciais instaladas.

Assim sendo, destacamos as tecnologias leves⁽⁵⁾, quais sejam, o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviços de Saúde, tendo como enfoque a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde. Propomos esta alternativa por acreditar que somente será possível uma assistência de melhor qualidade se houver uma mudança significativa tanto nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, quanto na sua noção de cura, buscando novos elementos norteadores das práticas de saúde.

2 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE E EM DEFESA DA VIDA

Os modelos tecno-assistenciais se referem à organização dos serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes, aos projetos de construção de ações específicas, bem como às estratégias políticas dos

grupos sociais⁽⁴⁾. Assim, um modelo de atenção estabelece relações cambiantes entre o técnico e o político, não sendo, nem só um, e tampouco, só o outro⁽⁸⁾.

Na busca de um modelo que mudasse o tradicional, flexneriano^d, muitos estados e municípios brasileiros adotaram como estratégia de reorganização dos serviços, o Modelo da Vigilância da Saúde, que também foi proposto, posteriormente, pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família (PSF). Esse modelo tem um forte enfoque na atenção básica e está organizado em forma de pirâmide, privilegiando as ações de vigilância da saúde em um território definido, tendo como base, para o planejamento, a epidemiologia. No modelo piramidal, o acesso da população se dá pela porta da atenção básica, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários, acessando diferentes níveis de complexidade tecnológica (referência e contra-referência), sendo o Estado responsável pela regulação do sistema^(2,9).

O modelo da vigilância⁽¹⁰⁾ tem, como estratégias de intervenção, a promoção da saúde (educação para a saúde, hábitos de vida, saneamento com qualidade de vida), a prevenção das enfermidades (pré-natal, diagnóstico precoce de doenças crônicas, vacinação) e a atenção curativa (tratamento de doenças, prolongamento da vida, diminuição de sintomas e reabilitação de seqüelas).

Alguns autores^(1,9,11) apresentam esse modelo de assistência alicerçado nos seguintes pressupostos: a concepção de território com adscrição da clientela; a intersetorialidade; a integralidade; a hierarquização e o enfoque, com base em problemas de saúde.

O **território** pode ser definido como um espaço físico, limitado e completo, que é muito mais do que uma linha imaginária

que divide áreas populacionais. Ele é concebido como um espaço vivo e em processo, construído constantemente, produto de uma dinâmica onde os sujeitos sociais sempre estão em tensão⁽¹⁾.

O princípio da **adscrição** é considerado como sendo, “[...] a responsabilidade política, jurídica, administrativa e técnica dos serviços de saúde e das autoridades sanitárias locais ante a população que nasce, vive, adoece e morre naquele espaço”^(1:150).

A **intersetorialidade** é a comunicação e a integração entre os setores. Ela “[...] transcende os espaços institucionalizados do sistema de ‘serviços de saúde’, se expande para outros órgãos de ação governamental e não-governamental, e envolve uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais”^(3:56).

A **integralidade** da atenção tem como objetivo implementar ações para superar o modelo centrado na especialidade, no procedimento e nos atos médicos (concepção de que o indivíduo é único e não fragmentado). Pela diretriz da integralidade será possível a relação entre as diversas áreas do conhecimento (relação entre saberes) e a interface com ações intersetoriais (relação de um serviço com os demais, formando redes e constituindo um sistema com múltiplas relações), disponibilizando toda tecnologia para reduzir agravos à saúde, buscando a qualidade de vida do cidadão e o atendimento das reais necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade^(1,12).

A **hierarquização** prevê níveis de atenção, conforme aumenta a complexidade das ações. Essa afirmação nos remete a dizer que:

[...] é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produção de distintas complexidades e, portanto, com diferentes custos sociais escalonados por níveis de atenção [...] a hierarquização está determinada pela garantia da resolubili-

^d O paradigma flexneriano é orientado para a prática clínico-assistencial, de caráter individual, curativa e com ênfase nos aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais, devoção à tecnologia como centro das atividades científicas e da assistência à saúde⁽¹⁰⁾.

dade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível e ao nível do sistema como um todo^(1:148).

O Sistema de Saúde pensado em forma de pirâmide é composto por níveis de atenção, com complexidade crescente e ascendente, cuja integração contribui para a saúde da população. O primeiro nível, constituído pela ampla base, é o da atenção primária, onde se estabelecem os contatos entre os indivíduos, as famílias, o ambiente e os demais serviços; pode ser chamado de atenção primária ou básica; é a porta de entrada do Sistema de Saúde. Os demais níveis, prestam serviços mais especializados, cuja complexidade aumenta a cada nível. No secundário, parte intermediária da pirâmide, podem-se encontrar ações de média complexidade, a serem realizadas em ambulatórios de centros de saúde e/ou de hospitais, em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, hospitais gerais distritais e os pronto atendimentos. No topo da pirâmide estão os hospitais de maior complexidade, de nível terciário ou quaternário onde são realizados os tratamentos de alto custo^(2,9).

No âmbito da atenção básica, 80% dos problemas de saúde deviam ser resolvidos ou minimizados, cabendo ao nível secundário 15% do atendimento ao que não foi resolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ao terciário, apenas 5% das ações⁽¹³⁾.

Outro eixo da vigilância é o **enfoque por problemas**, definido como sendo “[...] a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser [...]”, considerando-se os padrões e os valores de um indivíduo ou sociedade. É uma forma alternativa de organização dos serviços que vai na contramão dos métodos clássicos de organização da assistência, baseada na demanda espontânea aos serviços e nos programas verticais de Saúde Pública^(10:249).

Os conceitos-chave anteriormente citados são elementos que, juntos, ordenam a

concepção de um dos modelos de assistência, o da Vigilância da Saúde, que busca a resolução e a satisfação dos problemas/necessidades da população.

A nosso ver o modelo da vigilância foi o primeiro a ordenar os princípios do SUS e, por isso, correu o risco de ser implementado ao sabor das necessidades e interesses do momento. Obteve uma significativa mudança na forma de organização do sistema, reordenando hierarquicamente os serviços, impondo uma nova forma de inserção, tanto no que se refere aos trabalhadores, como aos usuários. Depois de anos da sua implantação, vemos que pouco alterou a forma como o usuário é tratado no microespaço, assim como não conseguiu impor um modelo de gestão que envolvesse substancialmente, os diferentes subsistemas. Vemos que a integralidade do cuidado ainda é dada pelo usuário, que percorre sozinho, a seu critério e risco, os diferentes serviços, sendo que esta seria uma responsabilidade do Sistema de Saúde, como um todo. A hierarquização da atenção, ao invés de facilitar a vida de quem busca atendimento e racionalizar a sua utilização, tem servido para dificultar, ainda mais, o acesso aos serviços, pois não mudou a forma como são feitos os encaminhamentos, e não incrementou significativamente os saberes e as práticas. A burocratização do acesso fez com que muitos profissionais e serviços não se responsabilizassem pela seqüência do atendimento, em nome da hierarquização, tirando do usuário o direito de lutar, mesmo que sozinho, pelo seu acesso.

Com isso não estamos afirmando que o modelo é ruim e que deve ser descartado, mas que poderá ser acrescido de elementos que o facilitem e o qualifiquem, quais sejam, a noção de vínculo, de acolhimento, de responsabilização e de humanização do atendimento. Esses elementos serão tratados adequadamente se não perdermos de vista a dimensão do indivíduo, que é construído social e historicamente^(9,12), a qual, é pouco explorada no modelo da vigilância.

Cecílio⁽⁹⁾, por sua vez, questiona o modelo tecno-assistencial que pensa o Sistema de Saúde em forma de pirâmide hierarquizada de serviços, conforme citamos anteriormente, onde, na base, estão as unidades de saúde e, no topo, o hospital, com toda a riqueza de tecnologias e com acesso restrito a poucos. Acredita o autor que, embora essa forma de organização do sistema coloque em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) através de uma perspectiva racionalizadora, tem sido ineficiente em resolver os problemas de saúde dos usuários, que no cotidiano, continuam acessando os serviços de saúde onde existe a porta aberta, gerando desconforto, sofrimento, insegurança e sentimento de abandono.

Assim sendo, propõe uma nova forma de organização do sistema, na tentativa de corrigir esta distorção, qual seja, um sistema pensado em forma de círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas em vários pontos do sistema e não mais unicamente pela base. Questiona a idéia de um topo de hierarquia tecnológica e defende a idéia de que o usuário deva acessar a tecnologia certa, no espaço e na ocasião mais adequados, que poderá ser uma unidade de atenção primária, especializada, o pronto atendimento ambulatorial ou o hospitalar.

Outro aspecto apontado por Cecílio⁽⁹⁾ é de que no modelo de pirâmide não existe uma clareza de qual seria o verdadeiro papel das Unidades Básicas. Seria um Centro de Saúde com predominância das ações voltadas para os aspectos da vigilância ou uma visão de que as unidades têm que se comprometer com as ações de pronto-atendimento, de forma a atender à demanda sem deixar ninguém de fora? Segundo Cecílio⁽⁹⁾, essa dicotomia tem sido um dilema, pois dificilmente as unidades básicas terão estrutura e capacidade resolutiva para desenvolver os dois aspectos, além de perder o seu papel mais reconhecido pelos usuários.

Ele lança a idéia de que o modelo de pirâmide é muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual o usuário possa contar, e enfatiza a tese de que não adianta insistir na idéia de que este modelo é ótimo e que só não está bom porque não foi implantado na sua íntegra. Propõe que se pense novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários, seus desejos e necessidades e na incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão, buscando um Sistema de Saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas que o utilizam.

Franco e Merhy⁽¹¹⁾ defendem a idéia de que não é modificando a estrutura, os recursos e o formato da atenção que se modificam os modelos assistenciais. Contrapõem-se a idéia de que os modelos propostos, a partir da Declaração de Alma Ata⁽¹⁴⁾, quais sejam, o dos Cuidados Primários em Saúde (Medicina Comunitária) e o da Vigilância da Saúde, sejam suficientes e responsáveis pela ordenação do Sistema. Eles afirmam que esses modelos não conseguiram alterar a micropolítica dos processos de trabalho, continuam colocando o médico no centro da atenção, são direcionados aos procedimentos e não conseguiram modificar substancialmente os fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. A população continua recorrendo aos serviços de saúde na busca de resolução de seus problemas e não há nesses um esquema para atendê-la de forma que responda, satisfatoriamente, aos seus anseios.

A única forma de construir um novo modelo de assistência que considere o usuário como o centro do cuidado, será a mudança dos sujeitos que se colocam como protagonistas da atenção e apostam na reorganização dos processos de trabalho, incluindo os trabalhadores na gestão dos serviços^(11,12,15). Franco e Merhy afirmam:

[...] será necessário constituir uma nova ética entre os profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. [...] constituir um novo modelo assistencial, pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores que passa seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde^(11:13).

Assim, propõem um modelo de assistência que deverá levar em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo/responsabilização e da autonomização. No modelo de atenção chamado de **Em Defesa da Vida**, o acolhimento é visto como universalização do acesso, o vínculo seria o estabelecimento de referências dos usuários a uma equipe de trabalhadores e a responsabilização desses com aqueles, na produção do cuidado. A autonomização seria o resultado esperado da produção do cuidado, a autonomia do usuário^(11,12,15).

3 AS TECNOLOGIAS LEVES COMO ORIENTADORAS DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Sendo o trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy⁽⁵⁾ propõe que se tome como eixo analítico vital dos modelos tecno-assistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras. Ele classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As **leves** são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as **leve-duras** são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, o Taylorismo, o Fayolismo e as tecnologias **duras** são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Neste artigo não estamos propondo hierarquizar tais tecnologias, pois não são passíveis de hierarquização pela importância ou complexidade. Podem ser consumidas, conforme as necessidades de cada pessoa, trabalhador ou serviço. Um dos grandes desafios impostos aos trabalhadores, às instituições e à sociedade é a busca de um novo modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e a autonomia dos sujeitos.

Matumoto⁽¹⁶⁾ destaca quatro pressupostos para apresentar a noção de acolhimento em um serviço de saúde, que são:

- o acolhimento como acesso universal, que diz respeito a toda situação de atendimento prestado pelos trabalhadores e não se restringindo apenas ao setor de recepção da Unidade;
- o acolhimento como a relação de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, valorizando a fala e a escuta, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia;
- o acolhimento como forma de responsabilização que está relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a resolução dos problemas dos usuários;
- o acolhimento como forma de reorganização dos processos de trabalho, valorizando os ruídos do cotidiano, em defesa da vida.

Acesso universal significa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes a acolhida, a escuta e dando-lhes uma resposta positiva, capaz de resolver seus problemas e propiciar uma relação de confiança e apoio ao usuário⁽¹⁷⁾.

Acolher de forma humanizada significa muito mais do que tratar bem os pacientes. Essa acolhida pressupõe respeito, interesse e responsabilização pelos problemas/necessidades. Campos^(8,15) sugere que deveríamos

trabalhar com um contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde. Nesse contrato estariam explicitados o projeto terapêutico, os elementos técnicos, as possibilidades de acesso e de intercâmbio usuário/serviço.

O acolhimento, como forma de responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do profissional/equipe de saúde com o usuário, tanto na produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes, quanto no aumento do percentual de curas^(8,15).

Merhy⁽⁵⁾ afirma que no campo da Saúde o objeto é a produção do cuidado e, é por meio deste que se acredita obter a cura e a saúde. Essa afirmação nos instiga a pensar que quanto maior a composição da caixa de ferramentas^e usadas para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de se compreenderem os problemas de saúde, maior será a capacidade de resolvê-los de forma adequada e satisfatória aos usuários, bem como auxiliaria na composição dos próprios processos de trabalho. Na realidade dos serviços de Saúde, o que se tem visto é a produção de atos na forma de procedimentos e da produção de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura/autonomia dos indivíduos.

O conceito de cura leva em conta o coeficiente de autonomia da própria pessoa. Assim sendo, a cura pressupõe a luta para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para lidarem com as dificuldades, eliminando-as ou esforçando-se para reduzir seus malefícios⁽⁸⁾.

Autores como Campos e Merhy^(6,15,18) afirmam que um dos sintomas mais graves da atual crise sanitária brasileira é o estilo de ser trabalhador e de produzir saúde. Esse modo de agir coisifica a relação trabalhador-

usuário, reduz o universo das necessidades e dos saberes, torna os processos de trabalho previsíveis e estruturados e faz com que os agentes desse processo deixem de ser sujeitos e passem a meros cumpridores de rituais, trocando a complexidade da vida pela simplicidade do raciocínio nosológico, tornando os procedimentos e atos terapêuticos eficientes em si e justificados pela frieza do rigor científico. Na busca de resultados, os trabalhadores consomem exageradamente atividades-meio, que na maioria das vezes, geram mais necessidade de consumir necessidades-meio. Sendo assim, perdem a noção de seu objeto de trabalho, tornando-se fetichizados pelos exames, os remédios, os atos, as campanhas e os programas de saúde, fazendo com que a relação com o usuário seja burocrática e despersonalizada. Para os autores, o usuário espera que a relação com o trabalhador propicie a resolução de seus problemas/sofrimento, ofereça ações efetivas que causem satisfação, lhe dêem capacidade para resolver problemas e melhorem a sua vida, o que em última análise significa a obtenção da sua autonomia.

Campos⁽⁸⁾ nos lembra que para além do clássico padrão de intervenção terapêutico, urgiria trazer para o espaço das práticas de saúde a valorização da fala e da escuta. Sem a renovação dos modos de comunicação dos profissionais, dos pacientes e da sociedade, onde haja a escuta de uns pelos outros, será impossível a diminuição da dependência do homem à instituição médica.

Almeida acrescenta que no atendimento aos usuários é possível observar “[...] um silêncio passivo dos clientes: as auxiliares de enfermagem falam e eles ouvem, ou melhor, ficam calados, em geral em pé, durante todo o rápido atendimento”^(19:88). Constatou que o conceito de resolutividade expresso pelos usuários está focalizado na qualidade da consulta (baseada na funcionalidade do corpo biológico) e na experiência clínica, não apontando para os outros aspectos do pro-

^e Expressão usada por Merhy que se refere a um “[...] conjunto de saberes de que se dispõe para ação de produção dos atos de saúde”^(5:118).

cesso saúde-doença. Aparentemente, a consulta médica em si, parece atender às necessidades da população, independente da continuidade e da complementariedade. Na sua opinião, mesmo no modelo clínico, individualizante e biologicista, a assistência médica não se resume na consulta.

Para Merhy “[...] de um modo geral o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento e sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema”^(5:121).

Acreditamos que a partir das diretrizes do acolhimento se modificam os processos de trabalho e o impacto dessas mudanças se dará sobre todos os profissionais, que terão suas ações potencializadas e valorizadas pelos usuários, colegas de trabalho e instituição. Pelas diretrizes do acolhimento a equipe é convidada a assumir um novo papel na organização do trabalho, utilizando todo o seu arsenal tecnológico na assistência, na escuta e na solução de problemas de saúde dos usuários. Essa nova concepção de modelo assistencial pressupõe sujeitos engajados na luta pela qualidade de vida, tendo os usuários como o centro do atendimento e os trabalhadores como co-gestores dos seus processo de trabalho^(5,12,17,18).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde muito tempo discute-se qual o melhor modelo assistencial que possa substituir o velho e tradicional modelo clínico, até hoje muito adotado pelos serviços. Como vimos, os modelos assistenciais são um conjunto de regras/normas pré-estabelecidas que ordenam um determinado modo de agir em Saúde e que levam em conta a política, os saberes, os recursos humanos, materiais e financeiros para serem colocados em prática.

Para que um modelo se transforme em prática cotidiana de saúde será preciso que

todos, ou a maioria dos sujeitos da organização/instituição o executem. Sendo os atos de saúde executados por distintos atores sociais, com diferentes características e concepções, acreditamos que será difícil a implementação de um modelo que seja idealizado apenas por especialistas, políticos ou gerentes.

Assim sendo, modelos ideais requerem condições ideais para a sua execução, o que não ocorre no cotidiano da Área. Os modelos aqui apresentados, na nossa opinião, não se excluem, juntos poderão orientar as práticas em saúde. O que procuramos destacar nesta reflexão é que é preciso buscar a participação dos profissionais na tomada de decisão e na responsabilização por uma assistência de qualidade, de forma a colocar toda tecnologia disponível a serviço do usuário, seja em um serviço de atenção básica, especializada ou no hospital, primando pela humanização da assistência, reconstruindo a dignidade tanto do trabalhador como a do usuário.

Embora tenhamos claro que apesar de todo o esforço, dificilmente conseguiremos a perfeição nas nossas ações, acreditamos que a utilização das tecnologias leves poderá auxiliar os trabalhadores, as equipes, as unidades de saúde e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que os procuram podendo, assim, delinear uma nova ética na Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1993. 310 p.
- 2 Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. 527 p. p. 473-87.
- 3 Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. 301 p.

- 4 Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 1991 dez;(33):83-9.
- 5 Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.
- 6 Campos GW. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1994. 175 p. (*Saúde em Debate*; 37).
- 7 Legislação Federal (BR). Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 1990 set 20;128:55-90.
- 8 Campos GW. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: Cecílio LCO, organizadores. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1997. 333 p. p. 29-87.
- 9 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1997 jul/set;3(13):469-78.
- 10 Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1996. 300 p.
- 11 Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. Campinas (SP); 1999. 32 f. Não publicado.
- 12 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. 180 p. p. 113-26.
- 13 Chioro A, Scaff A. *Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde*. Marília (SP); 1999. Disponível em: URL: <<http://www.consaude.com.br>>. Acessado em: 26 fev 2003.
- 14 World Health Organization. *Primary Health Care. In: Report of International Conference on Primary Health Care*; 1978 Sep 6-12; Alma Ata, U.S.S.R. Alma Ata: UNICEF; 1978. 40 p. p. 2-6.
- 15 Campos GW. *A ética e os trabalhadores de saúde*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 1994 jun;(43): 60-3.
- 16 Matumoto S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde [dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998. 226 f.
- 17 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1999 abr/jun;15(2):345-53.
- 18 Merhy EE. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)*. *In*: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1997. 333 p. p. 117-60.
- 19 Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde*. *In*: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. 296 p. p. 61-112.

Endereço da autora/Author's address:

Giselda Quintana Marques
Rua Rachel Wolfried, 220
Porto Alegre - RS
E-mail: giselda@portoweb.com.br

Recebido em: 16/10/2003
Aprovado em: 23/04/2004