



O CUIDADO EM SAÚDE

Maria Terezinha Gariglio

GARIGLIO, M.T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

O CUIDADO EM SAÚDE

Maria Terezinha Gariglio

O que querem os usuários quando procuram um serviço de saúde?

De fato, o que os usuários querem, ao procurar um serviço de saúde, é uma solução para o seu problema, que, às vezes, se pode traduzir em uma receita de medicamentos ou pedidos de exames ou de procedimentos mas que, na maioria das vezes, seria necessário mais do que essa resposta mais comum.

Assim, mesmo quando essas respostas são conseguidas, ainda “sobram” necessidades a serem respondidas. O que pode dar conta desse resto que não é respondido nem preenchido? Ainda temos como principal resposta ofertar mais do mesmo, ou seja, mais consultas, mais exames, mais medicamentos, mais procedimentos.

Em relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, quais novos conceitos deveriam ser incorporados à sua prática para que possa ser modificada passando a ter como centro as pessoas e suas necessidades?

Primeiro, é necessário colocar o usuário como **sujeito ou pessoa** nessa relação, entre o profissional de saúde e o usuário, levando a um processo clínico mais compartilhado entre o profissional/(sujeito) e o doente/(sujeito) com suas histórias, saberes, singularidades, subjetividades, desejos e necessidades e seu contexto familiar e social (atenção centrada na pessoa).

Outro conceito é o de “**cuidado**”, que amplia tanto os horizontes de trabalho individual de cada trabalhador como os de serviços e sistemas de saúde.

1.O conceito de cuidado

O campo da saúde não tem ou não deveria ter como objeto único a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a **produção do cuidado**, ou seja, é o lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida (MERHY, 2002).

O que é cuidado então? Do ponto de vista filosófico podemos dizer que cuidado é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro (BOFF, 2002). Ou, na realização de ações de saúde, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade (AYRES, 2004).

“Somos feitos e precisamos de cuidado para nossa sobrevivência e manutenção da condição de ser humano” (BOFF, 2002). É através do cuidado e com o cuidado que se pode levar adiante e concretizar qualquer “projeto” de ser e do ser humano, ou seja, o homem é quem projeta e, ao mesmo tempo, é o cuidador do seu projeto e jeito de levar a sua vida. Portanto, só tem sentido falar em cuidado ao longo do tempo, de uma linha de temporalidade que percorre os ciclos de vida.

Outra definição de cuidado que podemos utilizar é proposta por Cecílio (2011), que é provimento e disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem estar segurança, e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

Mas porque estamos discutindo este conceito agora? O que queremos mudar?

O desenvolvimento da Medicina e da clínica e sua excessiva cientifização e sofisticação tecnológica culminaram em um momento de “crise” de legitimidade caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, pelo intervencionismo exagerado e por uma desatenção aos aspectos psicossociais e culturais do adoecimento. Na verdade e de uma forma mais geral, o que se pode perceber em relação a essa crise

de legitimidade da assistência à saúde em seus serviços é um distanciamento da prática clínica, dos interesses e das necessidades daqueles que são o seu objeto de intervenção: o cidadão com seus projetos de vida e de felicidade¹ que requer cuidado.

Ao se pensar em assistência à saúde e na aplicação de toda e qualquer tecnologia visando ao bem-estar físico e mental das pessoas, é importante que a todo plano, projeto, programa ou modelo de atenção esteja incorporado um sentido novo, e esse novo sentido é dado pela presença do usuário como sujeito/pessoa. Para isso, é preciso ter claro que algumas respostas serão dadas com a ajuda de outros saberes que não o saber científico. O conceito de cuidado pode mostrar ou abrir caminhos para novas respostas, a partir do momento em que os profissionais e os serviços de saúde passam a se implicar com o projeto e a concepção de vida bem-sucedida de cada usuário e se comprometem com a ação necessária para garantir esse projeto. Então, o cuidado pode ser usado como um conceito que pode reconstruir as práticas de saúde, atuando como uma categoria com *“potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnologia e a ciência e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz”* (AYRES, 2004).

A ação em saúde, tendo o conceito de cuidado como pano de fundo desenvolve espaços de encontros entre o profissional de saúde e o sujeito/pessoa sempre apoiados nos saberes estruturados, mas sem colocar aí um ponto final. Deve tornar o mais simétrica possível a relação entre o usuário e o profissional possibilitando ações terapêuticas mais compartilhadas, gerando também autonomia e responsabilização do usuário em relação ao seu modo de levar a vida. Ter o conceito de cuidado como balizador das práticas de saúde e colocando a pessoa como centro da atenção, implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde (sociologia, antropologia, direito...). Deve-se ter claro que mesmo esses saberes não são suficientes para dar conta da singularidade do encontro entre sujeitos, que é sempre carregado de imprevistos e de acasos.

Todos os trabalhadores em saúde possuem potencial cuidador que deve ser resgatado e colocado como tecnologia leve a ser amplamente utilizada no encontro trabalhador-usuário. Pode-se dizer que cada trabalhador conta, na sua atuação cotidiana, com três núcleos de competência que se ampliam: o primeiro, núcleo mais central e duro, que é desenhado tendo em vista o problema específico apresentado pelo usuário; o segundo, mais amplo, que representa o saber específico da sua profissão; o terceiro ainda mais amplo, que é o “núcleo de atividades cuidadoras em saúde” (MERHY, 2002). Então, todo trabalhador é também um operador do cuidado.

O desafio para a gestão de sistemas e serviços de saúde é construir modelos de atenção que incorporem esses três núcleos, tendo o conceito de cuidado como “ideal regulador” das práticas de saúde, estabelecendo uma relação ótima entre a produção de procedimentos e a produção de cuidado. Com preocupações desta natureza, vemos recentemente iniciativas importantes no sentido de reconstrução das práticas de saúde como, por exemplo, reflexões e organização de processos de trabalho como o acolhimento e os conceitos de vínculo e responsabilização.

Também segundo Cecílio, pode-se pensar na gestão ou a produção do cuidado sendo realizada em seis dimensões que tem várias conexões e atalhos mais ou menos controlados por gestores e trabalhadores, sendo elas: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária, como mostra o quadro 1 e como vamos discutir a seguir:

1 Projeto de felicidade: concepção de vida bem sucedida que orienta os projetos existenciais, ou planos subjetivos para melhorar a vida que se traduzem em metas ou horizontes a serem alcançados e que se modificam ao longo do tempo.

- **Dimensão Individual do Cuidado:** é o “cuidar de si” no sentido de que cada um de nós pode ou tem potencia de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo as suas escolhas para ser feliz. Mesmo sofrendo determinações do ambiente e da sociedade no seu processo de saúde e doença, é possível ter autonomia nos processos de cuidar de si e de viver a vida de forma mais plena.
- **Dimensão Familiar do Cuidado:** é a dimensão do cuidado que se realiza no mundo da vida e tem como principais atores as pessoas da família, os amigos, os vizinhos... É um local de muitos conflitos e contradições tendo em vista a complexidade das relações aí presentes (relação cuidador /cuidado, sobrecarga de trabalho, etc.) . É importante devido ao envelhecimento da população.
- **Dimensão Profissional do Cuidado:** é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários. É um encontro privado, que na sua forma mais típica ocorre em espaços protegidos for de qualquer olhar externo de controle. Esta dimensão é regida por três elementos principais que lhe conferem maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico; b) postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer em suas condições reais de trabalho para responder da melhor forma possível às necessidades dos usuários; c) não menos importante, a capacidade de construir vínculos com quem precisa de seus cuidados.
- **Dimensão Organizacional do Cuidado:** é a que se realiza nos serviços de saúde e evidencia novos elementos como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial. Nesta dimensão é vital a organização do processo de trabalho, a definição de fluxos de atendimento e adoção de alguns dispositivos como agenda, protocolos, reuniões de equipe, CIG, avaliação. É um território também marcado por diferenças e dissensos.
- **Dimensão sistêmica do Cuidado:** é aquela que trata de construir conexões formais regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado com o sentido de garantir a integralidade do cuidado.
- **Dimensão societária do Cuidado:** papel do estado na produção e implementação de políticas públicas e de saúde. Dimensão mais ampla de gestão ou produção do cuidado: produção de cidadania, de direito a vida, e de acesso a tecnologias que contribuam para uma vida melhor (CECÍLIO, 2011).

Quadro 1: Dimensões do Cuidado

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós	Cuidar de si Autonomia Escolhas
Familiar	Família Ciclo de amigos Vizinhos	Apoio Proximidade Mundo da vida
Profissional	Profissionais da saúde O médico	O preparo técnico Ética e vínculo
Organizacional	A equipe de saúde O gerente	Divisão técnica do trabalho coordenação
Sistêmica	Os gestores	Linhas ou rede de cuidado Financiamento
Societária	O Estado A Sociedade Civil	Políticas Sociais

Fonte: Cecílio (2011).

Todos estes conceitos e formas de entender o cuidado em saúde são importantes para fundamentar o que vai ser discutido a seguir: o método clínico centrado na pessoa e para pensar e organizar de modo diferente o processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface (Botucatu). 2004, vol.8, n.14, pp. 73-92 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=pt&nr m=iso>. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Interface (Botucatu). 2011, vol.15, n.37, pp. 589-599 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=pt&nr m=iso>. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.