

## Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde

Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services

Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>1</sup>

**Abstract** *A new organizational settlement for the work in the health services is proposed. An original concept is developed to defining the profile of a local reference team, as created and experimented by the author since 1989. The classical organizational structure in matrix is realabored to encompass this new approach. Theoretical consideration that subsidize and give basis to building this new proposal are presented.*

**Key words** *Health Management; Health Care Profile; Public Health*

**Resumo** *Este artigo propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde. É desenvolvido e ampliado o conceito de equipe de referência – proposto e experimentado pelo autor desde 1989. É também reelaborado o conceito de organização matricial do trabalho, invertendo-se em relação ao esquema original o que seria permanente e aquilo que seria transitório (recorte matricial) nos serviços de saúde. São também apresentadas considerações teóricas que autorizam e justificam a construção desta nova proposta.*

**Palavras-chave** *Gestão em Saúde; Modelo de Atenção à Saúde; Saúde Pública*

---

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campus Universitário Zeferino Vaz, Caixa Postal 6111, Barão Geraldo, Campinas, 13081-970, São Paulo, SP, Brasil  
gastao@mpc.com.br

## Introdução

Este artigo descreve um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o de equipes de referência com apoio especializado matricial. Imagina-se que esta nova ordenação potencializaria alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico (Pichon-Rivière, 1988; Campos, 1992); transdisciplinaridade dos saberes e das práticas (Japiassu, 1976; Nunes, 1995; Almeida Filho, 1997; Passos & Benevides Barros, 1998); e o de gestão de organizações como dispositivo para produção de grupos sujeitos (Campos, 1998).

Não se trata de um estudo empírico sobre o impacto da utilização desta metodologia de trabalho em situações concretas, mas de sua descrição e justificativa teórica. Todavia, com certeza se estará considerando experiências em que estas diretrizes organizacionais serviram como principal inspiração. Nos últimos oito anos (1990-1998) equipes de referências, conforme sugeridas pelo autor, foram implantadas em distintos serviços de saúde ocorrendo, em todas elas, alterações do modelo teórico original. Três unidades de atenção em saúde mental do Serviço de Saúde Cândido Ferreira/Campinas/SP (Unidade de Reabilitação; Hospital-dia; e Unidade de Internação) vêm experimentando este método. Um hospital geral (Hospital Público Regional de Betim/MG) e um serviço de atendimento domiciliar em Aids/Campinas/SP também reorganizaram seus processos de trabalho inspirados no método. Duas cidades vêm reorganizando seu sistema de atenção básica (rede de centros de saúde e equipes do programa de saúde da família de Betim/SP e Paulínia/SP) segundo as diretrizes do método. Será apresentada apenas uma descrição do arranjo organizacional originalmente proposto pelo autor, não havendo propósito de historiar ou de avaliar o resultado destas experiências. Sem dúvida, esta elaboração teórica somente tornou-se possível depois que estas equipes de trabalhadores se dispuseram a realizar uma crítica viva dos conceitos e tecnologias sugeridos pela metodologia organizacional proposta. Neste sentido, as reflexões aqui apresentadas têm uma dívida insanável com todo o pessoal que veio recriando o que lhes vinha sendo sugerido quer pelos textos do autor, quer pelo resultado de outras experiências. A eles minha gratidão e o preito de minha admiração mais sincera.

## Dispositivos, arranjos organizacionais e a gestão democrática em saúde

Segundo Baremlitt, dispositivo *é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical*. (Baremlitt, 1992 – p.151). Observe-se que nesta conceituação os dispositivos aparecem como combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações. Seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo – implantação de programas assistenciais, esforço para modificar traços da cultura institucional, ou para reforçar ou alterar valores. Em ocasiões em que se almejam mudanças, ou mesmo o reforço de algum comportamento, costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços. Em saúde tem sido freqüente a organização de oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, grupos de sensibilização, discussões de problemas, etc. Os exemplos do emprego deste tipo de recurso no Sistema Único de Saúde (SUS) são inúmeros (Cecílio, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Kadt & Tasca, 1992), entre outros.

No entanto estes espaços, em geral, têm caráter transitório e não logram alterar a lógica fundamental de funcionamento das organizações, quer em sua dimensão gerencial, quer em seus aspectos assistenciais. Algumas vezes modificam-se aspectos pontuais conforme recomendado pelo plano elaborado ou como resultante do curso ministrado; mas, quase sempre, preserva-se a lógica estrutural anterior. Exemplos: realizam-se oficinas de planejamento estratégico com relativo grau de participação; uma vez concluídos os trabalhos volta-se a funcionar segundo normas e regras autoritárias com suas tradicionais linhas verticais de mando e com a velha separação departamental entre as profissões e especialidades. Realizam-se grupos de integração com técnicas modernas e em seguida retorna-se a um estilo gerencial que limita e constringe a comunicação cotidiana.

Em geral, a velha ordem administrativa e a antiga organização do processo de trabalho continuam produzindo subjetividade segundo a lógica dominante e não segundo aquela advogada quando se invocaram estes dispositivos de mudança. Na realidade, trabalha-se aqui com a idéia de que tanto a subjetividade

quanto a cultura de uma instituição são socialmente produzidas (Guattari & Rolnik, 1981; Marx & Engels, 1996).

E mais, que resultam também da estrutura e do funcionamento organizacional e da ordenação específica dos processos de trabalho. Neste sentido, a cultura e a subjetividade das equipes de trabalhadores seriam produto com múltiplas determinações. Dependeriam dos saberes dominantes; a clínica médica, por exemplo, condiciona e produz valores, posturas, deveres e responsabilidades. Contudo, também o faz o pensamento reformista do movimento sanitário ou da saúde mental, a própria psicanálise, ou qualquer outra disciplina. No entanto, a definição concreta de qual sejam os deveres e responsabilidades de uma equipe depende também do contexto socioeconômico e político; o valor de uso da vida humana varia conforme o tempo, o espaço e a classe social das pessoas. O valor de uso de um bem ou de um serviço é, em si mesmo, um produto social e histórico. Concluindo, valeria reafirmar que a subjetividade e a cultura das instituições são também influenciadas pelo protagonismo dos grupos; ou seja, são passíveis de mudança por meio da ação humana.

Neste sentido, o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

Freqüentemente, alguns dispositivos têm sido convocados para atenuar os efeitos desagregadores e alienantes da lógica organizacional acima descrita, quando, na verdade, se trataria de alterar o ordenamento destas organizações, quer em sua dimensão gerencial – gestão colegiada –, quer na de atenção à saúde – reforma do modelo de atenção (Campos, 1992).

Não há aqui censura à utilização regular de dispositivos de caráter episódico. Ao contrário, valer-se destes recursos é uma das regras para a boa gerência. O que se está trabalhando é com a idéia de investir-se também em mudanças da estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aque-

las centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde, sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência, e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (Campos, 1998).

Marcuse escreveu que o instituído – concretização sob a forma de estruturas de normas e valores dominantes – representa a materialização do princípio de realidade (Marcuse, 1998); ou seja, a organização real de uma instituição ou o modo de produção de serviços de saúde não são obra do acaso, ao contrário, refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e em um dado contexto, concorrendo para que cada modo específico de organizar a vida sirva à concretização de determinados objetivos e não de outros. A lógica de organização do governo e dos processos de trabalho não são nunca inócuas, portanto.

Neste artigo estar-se-á sugerindo um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial. Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do **vínculo terapêutico** entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. Isto articulado, as diretrizes de **gestão colegiada** (Campos, 1998) e de **transdisciplinaridade** das práticas e dos saberes, possibilitariam uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores clássicos (Donnangelo, 1975; Mendes Gonçalves, 1979; Luz, 1988).

Um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação.

### **Descrição do novo arranjo: equipes de referência e trabalho de apoio matricial**

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o su-

jeito/enfermo (óbvio, este dilema não estaria colocado desta mesma maneira para a saúde coletiva, particularmente quando tomada como prática social concreta). Sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto.

Neste sentido, recomenda-se a adoção – como norma organizativa – de um novo **sistema de referência entre profissionais e usuários**. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. De qualquer forma, estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção primária, hospital, especialidades, etc.

A clientela de um território ou de um estabelecimento seria dividida em “agrupamentos” adscritos (sob responsabilidade) às distintas equipes de referência.

Em um centro de saúde da rede básica, por exemplo, montar-se-iam ou equipes de saúde da família (médico-generalista, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde), ou equipes de saúde da criança (pediatra, enfermeiros, etc.), de saúde do adulto (clínico, auxiliares de enfermagem, etc.). Conforme a disponibilidade, cada equipe mínima poderia contar com médico, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos; ou, em caso de haver um número menor de profissionais do que o número de equipes necessárias ao atendimento da população de uma região, organizar-se-ia o apoio matricial destes especialistas a um determinado número de equipes de referência. Assim, uma enfermeira poderia supervisionar e apoiar o trabalho de quatro ou cinco equipes de referência de saúde da criança ou da família. O mesmo poderia ocorrer com psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros especialistas. Trabalho de grupo, educação em saúde, caminhadas terapêuticas, ginástica para a terceira idade, são exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas por distintos profissionais e ofertadas para a clientela de todas as equipes de referência. Um médico ou uma enfermeira que façam parte de uma equipe e tenham sua clientela adscrita poderiam também oferecer alguma atividade em caráter matricial que seria ou não indicada para pacientes inscritos em outras equipes. Cada equipe de referência da rede básica teria sob sua responsabilidade

– para assegurar atenção integral à saúde – uma população de mais ou menos 1.200/1.500 pessoas, ou em caso do programa de família, 400/500 famílias.

Em um hospital-dia, ou em um centro de saúde mental, ou em unidade de reabilitação, ou em um ambulatório de especialidades, organizar-se-iam equipes de referência multiprofissionais com dois, três ou mais profissionais (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, infectologistas, fisioterapeutas, etc.), organizados conforme o objetivo, a clientela e responsabilidade de cada um destes serviços, que teriam sob sua responsabilidade um conjunto de pacientes adscritos segundo a sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos: duzentas, trezentas, oitenta pessoas – quantidade a ser definida em cada contexto – seguidas por cada uma das equipes de referência, responsáveis por elaborar projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade de recursos, variando no tempo a composição de recursos ofertados a cada usuário; concentração maior ou menor de atividades, conforme o risco e fase de evolução dos casos. Também nestas unidades se utilizaria o apoio matricial. Assim, em um centro de reabilitação o atendimento clínico poderia ser oferecido sob a forma matricial a várias equipes que dele necessitassem. Em um centro de saúde mental, uma oficina cultural poderia ser oferecida como atividade matricial a ser indicada pelas equipes de referência para aqueles usuários que se beneficiassem e se interessassem pelo tipo de oferta em questão.

Uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pelo condução do caso continua com a equipe de referência.

Em hospitais, da mesma maneira, toda a clientela internada teria sua equipe básica de referência (médico ou profissional central para o caso – exemplo, fisioterapeuta para pacientes em reabilitação; psicólogos para casos em que o componente psíquico seja o mais relevante, mais os auxiliares de enfermagem pelo menos).

Em todas estas modalidades de serviços, especialistas e profissionais organizariam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. Um cardápio tão amplo quanto o possível, de maneira a enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais. Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Por outro lado, permite aos trabalhadores combinarem de forma mais livre o trabalho necessário com espaços em que poderiam dedicar-se a desenvolver atividades mais de seu gosto particular. Isto é particularmente verdadeiro quando se pensa no imenso cardápio de atividades matriciais que podem ser oferecidas. Assim, uma enfermeira ademais de sua atividade nuclear típica, poderia também ofertar, em algumas horas de sua jornada, grupos terapêuticos, caminhadas, etc.

O objetivo desta diretriz organizacional seria a criação de um modelo de atendimento mais singularizado e mais personalizado, em que cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos, mini-equipe) teria uma clientela adscrita mais ou menos fixa. Isto objetiva tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente.

A instituição de novos gradientes de vínculos, ao contrário do que se esperaria à primeira vista, cria mecanismos de aproximação e de comprometimento entre os pacientes e a equipe de referência, permitindo maior visibilidade da qualidade do trabalho de cada equipe, diminuindo-se, com isto, a distância, hoje abismal, entre o poder dos técnicos e aquele dos pacientes.

A escolha entre clientes e técnicos poderia ocorrer por meio de lógicas distintas: tanto uma em que os enfermos elegeassem profissionais de sua confiança, quanto as equipes encaminhando e indicando casos conforme critérios técnicos ou administrativos. Equipes de referência específicas poderiam ser indicadas conforme as especificidades de cada caso, e também, por sua vez, com as especificidades dos distintos profissionais de um certo serviço. Dever-se-ia também obedecer à simples distribuição igualitária de trabalho dentro de

cada unidade. Em caso de choque destas lógicas, resolver impasses por negociação, sempre. Nunca impor uma lógica contra a outra.

Se por um lado o sistema de referência facilita o vínculo e a definição mais clara de responsabilidades, por outro ele desenvolve alguns antagonismos com o trabalho interdisciplinar, pois, enfatiza e valoriza a diretriz de que cada equipe de referência desenvolvendo uma prática profissional a mais integral possível. No entanto, nenhum profissional saberia sobre tudo e cada mini-equipe nunca completará toda a potencialidade de um trabalho interdisciplinar.

O papel dos profissionais de referência ou da mini-equipe não seria apenas o de fiscalizar o tratamento e a reabilitação de sua clientela adscrita. Seria uma espécie de *ombudsman* dos usuários. Tampouco caber-lhe-ia apenas a responsabilidade por administrar os deslocamentos de seus pacientes entre os serviços de saúde e a sociedade. Pensar o papel do profissional de referência como uma espécie de gerente dos casos sob sua responsabilidade é pouco. No fundo, a principal função dos profissionais de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual. E um projeto terapêutico implica em certo diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas.

É óbvio que os técnicos de referência não deveriam executar tudo isto isolando-se dos demais. Ao contrário, a equipe acionaria apoio de outros profissionais e de outras equipes conforme o entendimento que se for adquirindo sobre o caso. No entanto, a iniciativa em relação a cada caso e a principal responsabilidade pelo desdobramento do projeto seriam da equipe de referência.

Para resolver este impasse foi que se sugeriu trabalhar com uma *matriz organizacional* com a seguinte disposição:

- no sentido vertical dispor as equipes de referência;
- e no horizontal (linha de apoio matricial), os distintos profissionais com a lista de atividades e de procedimentos oferecidos por cada um. Esta disponibilidade deveria ser de conhecimento geral, e as indicações para utilização destas atividades dependeriam da concordância trilateral: do terapeuta de referência, do profissional que oferece a atividade matricial e do próprio usuário.

Desta maneira, um professor de educação física, por exemplo, se incluiria no trabalho interdisciplinar em saúde mental pelo lado matricial, oferecendo um cardápio de atividades que poderiam ou não ser incluídas no projeto terapêutico conforme o triplo entendimento acima referido. Um outro trabalhador que, além de funcionar como referência, trabalhasse também com uma oficina para reabilitação ocupacional. Esta atividade em grupo, na oficina, seria ofertada de forma matricial, ou seja, ele receberia pacientes encaminhados por outros referências, além de alguns de sua própria lista de clientes. Um outro trabalhador que trabalhasse com reabilitação, mas que operasse como referência, poderia encaminhar aqueles seus clientes, cujos projetos terapêuticos assim o exigissem, para atendimento clínico individual. Neste caso, na matriz, o atendimento médico individual poderia ser considerado uma atividade da linha horizontal. No entanto, aqueles terapeutas de referência, que fossem também médicos, poderiam eles mesmos realizar estes atendimentos individuais conforme a necessidade de sua clientela. E assim por diante, as possibilidades de combinação desta matriz são inúmeras e permitem que a equipe explore ao máximo as possibilidades dos campos e núcleos de competência de todos Campos et al., (1997).

A distribuição de trabalho entre profissionais-referências (centralmente medido pelo número e complexidade dos pacientes sob responsabilidade de cada equipe) e aqueles dedicados ao apoio matricial horizontal (números de procedimentos e horas despendidas em atividades distintas) dependeria de uma eterno ajuste e de uma negociação perene entre a equipe e dela com seus coordenadores e supervisores.

Note-se ainda que este sistema matricial que combina referência (trabalho mais polivalente) com oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado) permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde.

### **Subvertendo a tradição das estruturas matriciais: as equipes de referências como eixo vertical das organizações de saúde**

Diferentes analistas consideram o hospital como protótipo de uma organização complexa. Etizione analisou as tensões e conflitos resultantes da lógica distinta com que se moveriam os departamentos técnicos e aqueles ligados à administração de meios, ressaltando a grande autonomia de que desfrutariam médicos e outros profissionais nas organizações especializadas de saúde Etizione (1976). Além desta polaridade ressaltou-se também a dificuldade de integração das distintas profissões que comporiam as equipes de assistência (Campos, 1992). Neuhauser e uma série de autores ligados à teoria contingencial e ao estruturalismo sugeriram que a articulação matricial destas profissões seria suficiente para assegurar integração e coerência ao trabalho em saúde (Neuhauser, 1972; Motta, 1987). Para eles, não seria possível nem necessário realizar-se uma alteração da estrutura organizacional permanente das organizações de saúde. Bastaria adotar-se dispositivos matriciais transitórios – reuniões, programas e projetos elaborados conjuntamente – que permitissem maior comunicação entre os médicos, enfermeiros, bioquímicos, trabalhadores sociais, pessoal administrativo e de manutenção, sem que fossem rompidos os departamentos estanques em que se organizam, com distintas chefias e diferentes normas de trabalho, no desenho tradicional.

Na realidade, observa-se que estes dispositivos atenuam, mas não resolvem os problemas decorrentes da desarticulação entre as distintas categorias profissionais que trabalham em saúde.

A proposta aqui apresentada inverte a lógica da estrutura sugerida pelas tradicionais estruturas dos serviços de saúde, bem como radicaliza e altera a tênue reforma sugerida pela escola denominada matricial. As equipes de referência (com composição multiprofissional: médicos, enfermeiros, etc.) ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal e, portanto, com pouco ou nenhum poder sobre seus próprios membros, passariam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde. Sairiam do eixo horizontal, passando a compor o esqueleto de sustentação das organizações de saúde. E os antigos



departamentos organizados, segundo categorias profissionais ou especialidades, é que, agora, integrariam o eixo de apoio matricial. Em uma perspectiva diagramática valeria comparar as duas alternativas, a tradicional modificada pela introdução de um eixo de integração matricial, desenhada por Neuhauser (1976) (Figura 1) e a reformulada, sugerida pelo novo método das equipes de referência (abreviado no diagrama para E.R.) (Figura 2).

A dominância do poder médico em instituições de saúde tem sido exaustivamente estudada (Clavreul, 1983; Foucault, 1985; Carapinheiro, 1993). Esta hegemonia é apenas um entre outros problemas com que se defrontam equipes de saúde que pretendem trabalhar de forma integrada e interdisciplinar.

A transdisciplinaridade é um objetivo audacioso e difícil de ser equacionado, pois implica na abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidade bastantes distintos entre si. Saber aprender e fazer aprendendo são belas recomendações, mas implicam em lidar, ao mesmo tempo, com a polaridade entre teoria e prática e com a tendência de encerramento em si mesmo dos saberes. Neste sentido, a estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo inquestionada a hegemonia do poder médico.

O reconhecimento da necessidade de eventual comunicação entre as distintas profissões que operam nos serviços de saúde representa

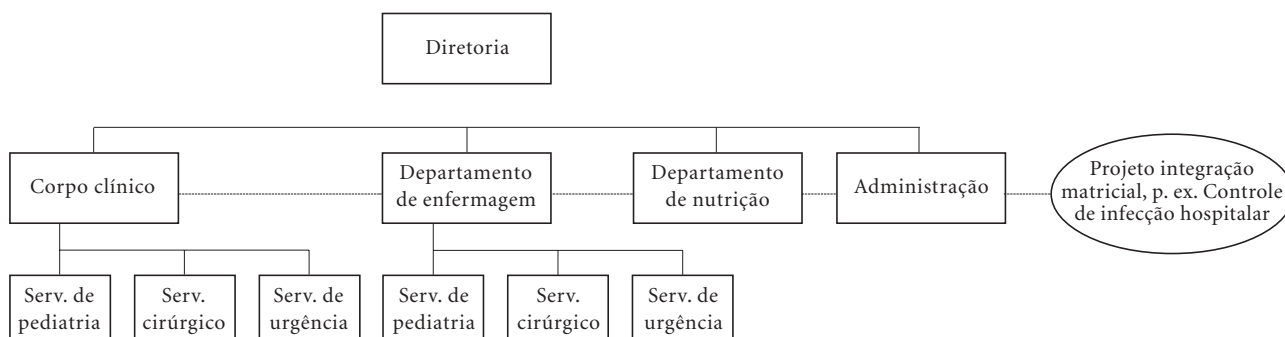
um avanço, um início de enfrentamento do problema, mas apenas com discurso não é alterada a estrutura que reforça esta separação. Na lógica da integração episódica, eventuais encontros horizontais tentariam amainar estes conflitos e desacertos.

Em geral, quando mais de um especialista ou mais de um profissional opera sobre um caso, eles o fazem de maneira vertical, em ações separadas umas das outras. Somatória de procedimentos realizados “ao lado” um do outro, com a suposição que cada um cumprindo sua parte estaria garantida a qualidade ao todo. Quase não há integração horizontal permanente entre os distintos saberes e práticas e, quando o há, caberia ao médico compatibilizar as diferentes lógicas envolvidas no processo de trabalho.

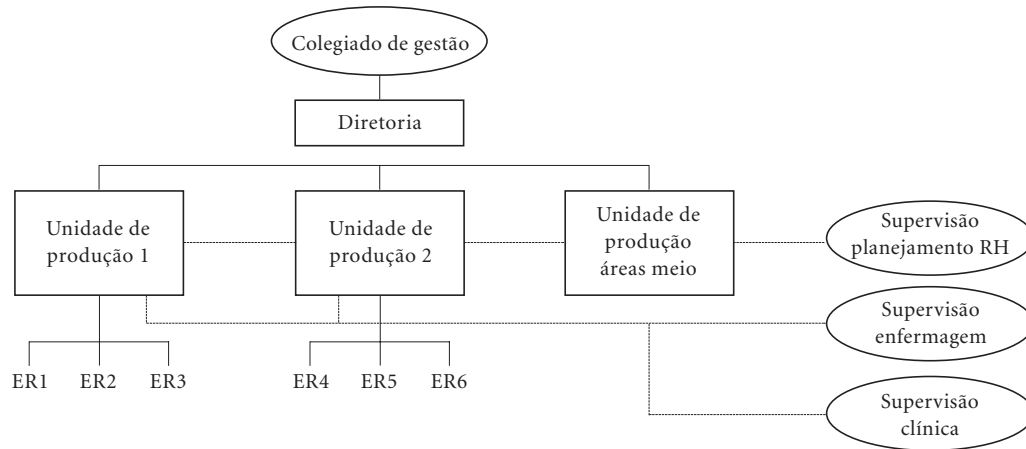
A maioria dos profissionais não trabalha se encarregando integralmente dos casos e, em decorrência, a responsabilidade sobre o processo saúde-doença é baixa e precária. Especialistas médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, quase todos são responsabilizados por realizar algum tipo de procedimento característico do seu núcleo profissional, quase nunca pensando e agindo sobre a história de vida das pessoas. Em consequência desta forma de trabalhar, a tomada de decisão sobre diagnóstico ou intervenções terapêuticas costuma ser solitária, raramente realizada em grupo. A estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula a troca de opinião quer entre pares, quer entre distintas

**Figura 1**

Organograma tradicional de um serviço de saúde, com eixo de integração matricial (Neuhauser, 1976)



**Figura 2**  
Organograma reformulado segundo método de equipes de referência e apoio matricial especializado (supervisão matricial especializada)



profissões. Em resumo, a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais.

A reorganização aqui sugerida pretende realizar movimento em sentido contrário: facilitando a troca de opinião e obrigando os profissionais a se articularem para a elaboração dos projetos terapêuticos. Está claro que mudanças não ocorrem da noite para o dia, tratar-se-ia de instituir-se processos facilitadores para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários.

### Vínculo terapêutico, reponsabilidade e alienação no trabalho em saúde

Este modelo organizacional trabalha com a hipótese de que a reforma das práticas em saúde dependeria centralmente da reconstrução dos padrões de vínculo corriqueiros à maioria dos serviços de saúde Campos (1992). Há toda uma tradição teórica e metodológica no tratamento deste tema no campo da saúde mental. Sem dúvida, Freud refundou a centralidade da inter-relação sujeito/sujeito nos processos terapêuticos, ao centrar o seu método psi-

canalítico na dinâmica transferência e contra-transferência estabelecida ao longo de um processo de análise. Ele inventou uma dialética complexa em que um especialista encarregasse de um paciente com intuito de ajudá-lo a encarregar-se de si mesmo. Um apoio sutil, que em tese não deveria prender, mas libertar o apoiado Freud (1976).

Posteriormente, Pichon-Rivière (1988) problematizou e valorizou o estudo sobre o vínculo na clínica e nas relações grupais, chamando atenção para a abordagem do outro como sujeito-objeto e não como coisa inerte. Roubar estes conceitos da psicanálise e reconstruí-los, adaptando-os às instituições e às práticas de saúde encerram um potencial transformador imenso.

Há inúmeras correntes médicas que avançaram bastante nesta articulação. Em geral, mais em sentido analítico – aproveitaram-se dos saberes e técnicas psicanalíticas para potencializar a capacidade reparadora da clínica e dos programas de saúde pública. No caso deste trabalho pretende-se uma abordagem mais modesta do tema. Na verdade tratar-se-ia, com a constituição de equipes de referência com clientela adscritas, de restaurar um processo de trabalho em que a possibilidade de trabalhar-se o vínculo fosse cotidiana e corriqueira e não apenas resultado do esforço heróico de alguns. A tradição inglesa do movimento de Tavistock Balint (1984) e toda a pro-



dução da medicina psicossomática foram pioneiros em valorizar a inter-relações nas práticas em saúde Perestrello (1989).

Na saúde pública, entretanto, este esforço é mais raro. Talvez o casamento entre o saber em saúde coletiva e a perspectiva pedagógica construtivista, que como a psicanálise pensam e apostam em processos de produção de sujeitos ou de novas subjetividades Matui (1995), possa abrir uma vereda para superação do caráter prescritivo e normativo da maioria dos programas de saúde pública.

A gestão e o planejamento em saúde somente muito recentemente incorporaram saberes e técnicas que valorizam a inter-relação entre equipes e população, tomando-a como um instrumento para co-produzir novas subjetividades que interfiram nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades. Mário Testa foi um pioneiro ao aproximar-se de Piaget para pensar a construção de saberes e de atores nas instituições de saúde Testa (1992). Uribe articulou planejamento e ação comunicativa antes teorizada por Habermas Uribe (1996). Gastão Campos (Campos 1992, 1998) pensou a reordenação das organizações de saúde, objetivando a criação de arranjos gerenciais que estimulassem a realização profissional e a desalienação progressiva dos trabalhadores.

De qualquer forma, trata-se de temas complexos. Simplificá-los seria temerário. No entanto, ressalte-se algumas investigações que lançariam novas luzes sobre os modos concretos de operar serviços de saúde: valeria aprofundarem-se estudos sobre as inter-relações equipes/usuários, sobre os coeficientes de alienação ou de compromisso dos trabalhadores, ou ainda sobre graus de autonomia ou de responsabilidade com que as pessoas tratam da co-produção de si mesmo e dos outros como cidadãos.

De qualquer modo não se trabalha aqui com a perspectiva de que haveria padrões de vínculos que deveriam ser considerados bons ou maus, por contraposição. Pensa-se vínculo terapêutico como um processo condicionado tanto pela necessidade (diferentes conforme a precisão ou etapa de cada caso), como pelas possibilidades (limitações e capacidade das equipes, dos usuários e do contexto). Sem dúvida, dentro deste coeficiente possível de interação equipe de saúde/usuários haveria limites intoleráveis: descaso, alienação e baixa responsabilidade em um pólo; e controle e tu-

tela autoritários em outro. Neste sentido, o coeficiente ideal de inter-relação equipe/usuário seria sempre situacional, encontrável e produzido em cada contexto e raramente coincidindo com o meio termo.

Freud desenvolveu seu famoso *setting* terapêutico – atendimento individual, livre fluxo de fala, divã, etc. – pensando em um espaço que protegesse e estimulasse inter-relações de transferência e contratransferência entre a dupla encerrada no consultório, para que daí resultasse material para análise sobre a qual se apoiaria o sujeito para construir-se Freud (1976).

Os processos de trabalho em saúde – no hospital, centro de saúde, etc. –, em certo sentido, deveriam ser considerados como *settings*. Neste caso, caberiam algumas questões: – que vínculos estariam favorecendo e produzindo as distintas ordenações? Ou: – estar-se-iam produzindo alienação e interações inadequadas para tratar os problemas de saúde em jogo, ou estar-se-iam estimulando vínculos produtivos, potentes e necessários aos casos em foco?

Assumi-se, ao sugerir a organização do trabalho em saúde com base em equipes de referência e apoio matricial, o pressuposto de que pequenas alterações na ordenação dos *settings* sanitários poderiam estimular e promover distintas qualidades de vínculo e de resultados da atenção em saúde. Alterações pequenas na aparência, mas fundamentadas e comprometidas com conceitos e valores radicalmente diferentes daqueles dominantes no modelo médico tradicional. Pequenas modificações nas técnicas com que se organiza o trabalho, mas orientadas por diretrizes centradas na produção de sujeitos livres e responsáveis. Assume-se, portanto, que aspectos aparentemente inocentes da ordenação do trabalho e da gestão em saúde têm repercussões assistenciais e éticas de grande relevância.

A medicina tem uma interdição básica à valorização do vínculo terapêutico: seu esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa-enferma Camargo Jr. (1993). Esta tendência vem sendo exaustivamente criticada e, hoje, há um movimento paradoxal em que se advoga, ao mesmo tempo, a retomada de paradigmas positivos (medicina baseada em evidências) e a inclusão de saberes e práticas voltados para o subjetivo e o social das pessoas, famílias e comunidades. Os programas de saúde da família, o movimento das cidades saudáveis, a reforma psiquiátrica e

a produção isolada, mas significativa de alguns reformadores médicos, como Oliver Sacks, entre outros, valorizam a capacidade normativa dos pacientes e comunidades, relativizando, assim, a pretensa objetividade das ciências da saúde Ministério da Saúde (1996; Sacks, 1996; Mendes, 1998).

Sem maiores aprofundamentos, poder-se-ia considerar, portanto, que esta interdição objetivadora da medicina, apesar de sua força e de seu caráter fundante da prática clínica, não é uma tendência absoluta, que anularia outras possibilidades de desenvolvimento. Sendo possível, portanto, produzirem-se movimentos e contextos que estimulassem vínculos terapêuticos com a incorporação das dimensões subjetiva e social dos usuários.

No entanto, em nome desta interdição, ou justificando-se por ela, desenvolveram-se obstáculos que degradam a prática clínica e sanitária. Poder-se-ia dividir estes obstáculos à construção de uma clínica ampliada, com gradientes mais amplos de vínculo, em dois grandes grupos de fatores: um primeiro que impõe impedimentos a construção de vínculo equipe/usuário ao longo do tempo. A relação profissional/paciente predominante nos serviços de saúde é aquela do tipo pontual e fragmentada. Um número crescente de profissionais atende episódios recortados da trajetória vital das pessoas sem um acompanhamento horizontal dos casos ao longo do tempo. E isto vem acontecendo por várias razões. Entre elas: poucos serviços trabalham com a orientação de se estabecer clientelas adscritas aos mesmos profissionais, a maioria dos profissionais é contratada para realizar procedimentos específicos e não para se responsabilizar por um certo número de pacientes. Predomina nos ambulatorios e centros de saúde um sistema denominado de pronto-atendimento, com assistência do tipo queixa-conduta, sem seguimento horizontal. Em Campinas, por exemplo, encontrou-se em 1997, que 58% do atendimento médico ambulatorial deram-se em pronto-socorros da rede pública (SMS/Campinas/SP, 1998); considere-se que se trata de uma cidade com sistema público de tradição, em que se trabalha com a implantação de uma rede básica de atenção à saúde desde 1975. Além do mais, generalizou-se no país o costume de médicos e enfermeiros trabalharem sob o regime de turnos (plantões), reduzindo-se bastante a disponibilidade de profissionais diaristas, pessoas que es-

tejam presentes nos serviços (centros de saúde, enfermarias, etc.) durante a maior parte dos dias de uma semana. Pesquisa nacional encontrou que 48,8% dos postos de trabalho para médicos estruturam-se sob a forma de plantão Machado (1996) quando seria de esperar-se algo em torno de 20%, no máximo, se este tipo de vínculo se restringisse às noites e serviços de emergência.

O segundo grupo de obstáculos refere-se à redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica e, em geral, com exagerado enfoque biológico e individual, impondo uma redução do terapêutico ao uso de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e, mesmo a educação em saúde, quando ocorre, realiza-se segundo esta perspectiva limitada: pediatras que não incluem a relação mãe/filho entre suas responsabilidades; clínicos que desconsideram a dinâmica doença crônica, depressão, medo da morte, etc. Enfim, uma tendência das profissões e especialistas de reduzirem seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original. São enfermeiros que não fazem clínica, motoristas que não enxergam os pacientes transportados, médicos que não cuidam, clínicos que não sabem prevenção, enfim, aproximar a equipe de referência dos usuários apenas revela toda a complexidade e limitações dos saberes e das práticas profissionais dominantes.

Sem modificações organizativas – contratações de diaristas para integrar as equipes, por exemplo –, e sem processos deliberados de educação continuada, por si só, a instituição de um novo ordenamento institucional, não superará todas estas limitações. A organização dos serviços de saúde com base em equipes de referência tem o mérito de revelar estas contradições e conflitos, que o modelo tradicional tende a ocultar e a diluir. Haveria que enfrentar estas dificuldades considerando suas especificidades e, portanto, com distintos recursos, na maioria voltados para reconstrução da cultura institucional e da subjetividade predominante entre os trabalhadores de saúde. Neste sentido, as equipes de referência são apenas mais um *setting* bastante interessante para se operar com esta reconstrução dos sujeitos trabalhadores de saúde. Neste espaço podem ser elaborados planos estratégicos, pode se cuidar de analisar e de tratar as relações institucionais, pode se aprender clínica, saúde pública e relações humanas e, sobretudo, se pode trabalhar de forma mais produtiva e agradável.

## Referências

- Almeida Filho N 1997. Transdisciplinaridade e saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* II (1/2): 5-20.
- Balint M 1984. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 330 pp.
- Barembly G 1992. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro, 195 pp.
- Camargo Jr. KR 1993. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Instituto de Medicina Social/UERJ, 65:1-36.
- Campos GWS 1992. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. 2a. ed., Hucitec, São Paulo, 220 pp.
- Campos GWS 1998. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In EE Merhy & R Onocko (orgs.) *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. Hucitec/Lugar, São Paulo, Buenos Aires.
- Campos G, Chakour M, Santos RC 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública* 13(1): 141-144.
- Carapinheiro G 1993. *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Edições Afrontamento, Porto/Portugal, 295 pp.
- Cecilio LCO 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec, São Paulo, 334 pp.
- Clavreul J 1983. *A Ordem Médica: Poder e Importância do Discurso Médico*. Brasiliense, São Paulo, 282 pp.
- Donnangelo MCF 1975. *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*. Pioneira, São Paulo, 174 pp.
- Etzioni A 1976. *Organizações Modernas*. 5a. edição, Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 198 pp.
- Foucault M 1985. *Microfísica do Poder*. 5a. edição, Graal, Rio de Janeiro, 277 pp.
- Freud S 1976. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, p 17-193. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud*. Imago, Rio de Janeiro, Vol XXII (1932-1936).
- Guattari F, Rolnik S 1981. *Micropolítica: Cartografia do Desejo*. Vozes, Petrópolis, 290 pp.
- Japiassu H 1976. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Imago, Rio de Janeiro, 189 pp.
- Kadt E, Tasca R 1992. *Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor Saúde*. Hucitec, São Paulo, 128 pp.
- Luz MT 1988. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Campus, Rio de Janeiro, 150 pp.
- Machado MH 1996. *Perfil dos Médicos do Brasil- Análise Preliminar*. Relatório de Pesquisa, Fiocruz/Ministério da Saúde/PNUD/Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 112 pp.
- Marcuse H 1998. *Eros e Civilização: uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud*. 8a. edição, Guanabara-Koogan, São Paulo, 232 pp.
- Marx K, Engels F 1996. *A Ideologia Alemã (Feurbach)*. 10a. edição, Hucitec, São Paulo, 138 pp.
- Matui J 1995. *Construtivismo: Teoria Construtivista Socio-histórica*. Moderna, São Paulo, 238 pp.
- Mendes EV 1998. *A Organização da Saúde no Nível Local*. Hucitec, São Paulo, 357 pp.
- Mendes-Gonçalves R 1979. *Medicina e História – Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 187 pp.
- Ministérios da Saúde 1996. *Saúde da Família: uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília, DF, 15 pp.
- Motta FCP 1987. *Teoria Geral da Administração*. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 210 pp.
- Neuhauser D 1972. The hospital as a matrix organization, p. 8-25. In *Hospital Administration*. Fall Editions.
- Nunes ED 1995. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais, p. 95-114. In AM Canesqui (org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva*. Abrasco/Hucitec, São Paulo.
- Passos E, Benevides BR 1998. *Transdisciplinaridade e Clínica*. Relatório de Pesquisa. Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 18 pp.
- Perestrello D 1989. *A Medicina da Pessoa*. 4a. edição, Livraria Atheneu Editora, São Paulo, 259 pp.
- Pichon-Rivière E 1988 – *O Processo Grupal*. 3a. edição, Martins Fontes, São Paulo, 181 pp.
- Sacks O 1996. *Um Antropólogo em Marte*. Companhia das Letras, São Paulo, 11 pp.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP 1998. *Relatório de Produção do ano 1997*. Campinas, documento oficial.
- Teixeira CF 1995. *Construindo Distritos Sanitários: a Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. Hucitec, São Paulo, 107 pp.
- Testa M 1992. *Pensar em Saúde*. Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 226 pp.
- Uribe RFJ 1996. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública* 12(3): 357-372.