

## **Plantando a Árvore de Problemas e de Objetivos na arquitetura da linha de cuidado no Campo do Adulto Crítico.**

Silveira, E<sup>1</sup>.; Wentzel C<sup>2</sup>.; Silva, D<sup>3</sup>.; Severo, I<sup>4</sup>.; Grossini, M. G<sup>5</sup>.; Brito, Lani<sup>6</sup>.; Bernardes, M<sup>7</sup>.; Lacerda, C. <sup>8</sup>;

### Resumo

O princípio da integralidade vai além de ações institucionais e políticas; o desafio é pela instalação de dispositivos que possam romper com formas cristalizadas de se entender e realizar ações em saúde. As ações especializadas assiduamente ilustram e traduzem o isolamento das práticas de saúde. Desse modo, faz-se necessário contar com recursos para a construção coletiva de desenhos tecno-assistenciais e com acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongamento da vida. A metodologia da Árvore de Problemas/Árvore de Objetivos amplifica essa possibilidade.

**Palavras chaves: Emergência; Integralidade; Residência Multidisciplinar em Saúde**

### Introdução

A implantação do Programa de Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde que tem como horizonte a formação em serviço de profissionais para trabalhar no SUS comprometidos com o princípio da integralidade, mobilizou um grupo de profissionais a fim de cimentar a arquitetura de uma linha de cuidado direcionada ao Campo de Atenção ao Adulto Crítico, de um hospital universitário, cujo itinerário percorre o serviço de emergência e CTI.

Em ambos os espaços concorrem diferentes profissões, cuja lógica dos atos, predominantemente, se caracterizavam como equipes agrupamentos, pautadas pela fragmentação de ações e de agentes em oposição à ações articuladas com a proposta da integralidade em saúde. Peduzzi (2001).

A RIMS se introduz para estes trabalhadores como uma ação revitalizadora que provoca a revisão dos processos de trabalhos já instituídos. Reafirmam que o conceito ampliado em saúde pressupõe o entendimento de que a unidade

---

<sup>1</sup> Assistente Social do HCPA, professora da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, tutora do PREMUS/PUCRS e membro da comissão da RIMS/HCPA. esalba@redemeta.com.br

<sup>2</sup> Professora da Faculdade de Enfermagem UFRGS, chefe do serviço de enfermagem do serviço de psiquiatria do HCPA, Coordenadora da RIMS/HCPA.

<sup>3</sup> Farmacêutica do HCPA, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

<sup>4</sup> Enfermeira da CTI, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

<sup>5</sup> Assistente Social da CTI do HCPA, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

<sup>6</sup> Assistente Social da Emergência do HCPA, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

<sup>7</sup> Enfermeira da Emergência, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

<sup>8</sup> Nutricionista da CTI do HCPA, preceptora da RIMS/HCPA do campo do adulto crítico.

promotora dos serviços de saúde não é uma profissão isoladamente e sim, a equipe, e que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado em saúde devem sustentar-se no conhecimento que contemple a determinação social do processo saúde e doença, a autonomia e responsabilização dos profissionais. A assistência passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, (produção do conhecimento) bem como a multiprofissionalidade (atuação conjunta) são necessárias.

Para tanto se laçam coletivamente no desenho da linha de cuidado, iniciando pelo diagnóstico situacional capaz de permitir identificar, caracterizar e evidenciar o serviço de emergência e usou-se a metodologia da Árvore de Problemas que tem como objetivo identificar, qualificar e dimensionar os problemas nas suas diversas dimensões bem como analisar e atribuir-lhes relações de causalidade, sendo então possível arquitetar modos tecnológicos produtores de saúde.

### **Descrição da experiência**

. A Resolução CFM n.º 1.451, de 10/3/1995 define por "emergência" a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Emergência vem do latim *emergentia*, que significa ação de emergir; situação crítica, acontecimento perigoso, enquanto que emergir, do latim *emergere*, significa sair de onde está, manifestar-se. Desta forma toda a gama de queixa ou novo sintoma que um usuário apresente podem ser considerados como demanda de emergência.

O SUS preconiza que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente. Porém o fluxo de usuários para os hospitais ainda é determinado pela procura espontânea, por falta de acesso a rede básica, culminando com superlotação das salas de emergência.

Esta realidade levou o grupo a se perguntar qual seria problema da emergência, e para responder se recorreu a Árvore de Problemas que é um diagrama que tem como objetivo a organização a explicação do problema identificando as suas raízes (determinantes), seu tronco (condicionantes) e seus galhos, folhas e frutos (fenômenos).

Problema é entendido como algo que denota ausência ou carência a realidade que se pretende transformar. O levantamento dos problemas devem ser concretos e sustentados, baseados em dados objetivos, verificáveis e comparáveis. A descrição do problema segue: O quê? (Problema); Quando? (Atual ou Potencial) Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos). Para isso recorre-se aos indicadores de saúde, fontes de dados, processamento estatístico, construção de séries temporais e distribuição territorial.

A experiência contou com a participação de enfermeiras, assistentes sociais, nutricionista, farmacêutica e pedagoga. Os profissionais buscavam responder a cinco porquês num exercício de reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas, e para assegurar uma visão ampla do problema. Essa experiência explorou a opinião de cada um dos profissionais para garantir a

especificidade da sua formação. Então o primeiro passo é relacionar todos os problemas importantes referentes a um problema específico, por exemplo, reinternação na emergência para troca de sonda, dificuldade de aceitação de alta, falta de adesão ao tratamento, inacessibilidade da rede básica. O segundo passo é colocar em ordem cronológica, como ausência de familiar durante a internação; ausência de orientação quanto aos cuidados pós alta; o terceiro passo localiza o problema central, como reinternações frequentes de idosos acamados; quarto passo organiza as causas do problema central; quinto passo identifica as causas principais e correlatas, considera-se o modo de vida e saúde: condições sócio-econômicas, ambientais e culturais, condições de vida e trabalho, redes sociais e comunitárias, estilo de vida, idade gênero e fatores hereditários; sexto passo defini os efeitos do problema central; sétimo passo organiza em níveis; oitavo passo é desenhar a árvore dos problemas. Escreveram-se então todos os problemas importantes relacionados. Ordenou-se cronologicamente, sucedendo-se a identificação do problema central: reinternações freqüentes em serviço de alta complexidade que poderiam ser atendidas na rede básica. Efetuou-se o desenho da árvore e a conseqüente análise. O disparador para analisar e estabelecer objetivos e prioridades foi: o que pode ser feito para suprimir as frequentes reinternações na emergência por demandas que poderiam ser atendidas na rede básica?

A árvore dos problemas revelou-se como uma tecnologia eficiente para explicitar como os profissionais de uma equipe pode analisar a mesma realidade e interpretá-la de outra forma, já que ela “enxergará” aquela situação de acordo com sua inserção social, seus valores, sua forma de ver o mundo, ou ainda, em se tratando da área da saúde, de sua concepção sobre processo de saúde e adoecimento, modelo assistencial, sistema de saúde, de quem explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica. O produto da árvore de problemas, portanto é parcial e provisório, assim como a realidade social é construída no processo social.

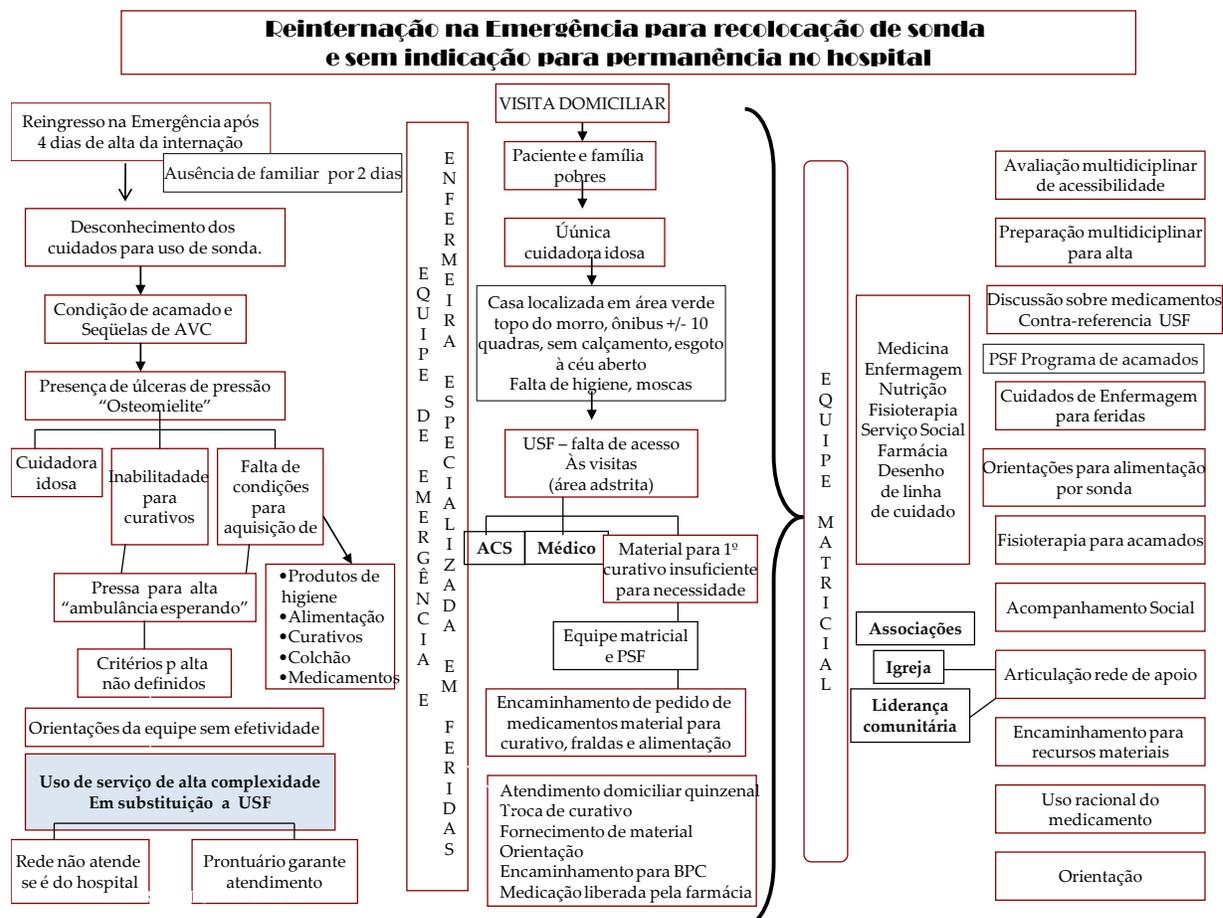
### **Efeitos alcançados**

A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento da dimensão cuidadora da relação profissionais - usuários. Em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, incorrendo não raro na culpabilização dos usuários, família e dos demais serviços que formam a rede de assistência.

As condições negativas da árvore dos problemas reformularam-se em condições alcançáveis, o que levou a equipe a desenhar suas ações para além do espaço da emergência, passando pela internação, domicílio e articulação com rede básica. Potencializando os resultados e compartilhando a idéia de que “linhas do cuidado” significam a constituição de fluxos seguros a todos serviços que venham a atender às necessidades dos usuários (CECÍLIO E MERHY, 2003; FRANCO E MAGALHÃES JR., 2003), a árvore dos problemas mostrou-se uma ferramenta eficiente para o que ela se propunha. Ratificando a idéia de

Feuerwerker e Cecílio (2007) que hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como conseqüência, há o desafio de criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Como diz Brandt e Nascimento: E assim, chegar e partir/ São só dois lados/ Da mesma viagem/O trem que chega / É o mesmo trem da partida/A hora do encontro/ É também despedida/ A plataforma dessa estação/ É a vida desse meu lugar/ É a vida desse meu lugar/ É a vida.

Quadro 1



## Referencias

Brasil. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. PLANEJASUS. . Análise situacional [portal.saude.rj.gov.br/.../planejasus/Conceitos%20e%20Ferramentas%20de%20Planejamento%20..](http://portal.saude.rj.gov.br/.../planejasus/Conceitos%20e%20Ferramentas%20de%20Planejamento%20..)

CECÍLIO L.C, MERHY, E; FRANCO, T. E MAGALHÃES JR. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado.** Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2003 acesso <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>

Feuerwerker, L., Cecílio, L.C. **O hospital e a formação em saúde:** desafios atuais. In Ciência & Saúde Coletiva, 12(4), 2007

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.